

Promotion infirmière : la mobilité des personnes âgées hospitalisées

Travail de Bachelor

Luyet Cécilia N° 11334919

Rodriguez Christian N° 11317062

Directeur : Chabal Laurent – chargé de cours HES

Membre du jury externe : Labhard Jacqueline – praticienne formatrice

Genève, le 6 juillet 2016

Déclaration

« Ce travail de bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seuls le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève, le 6 juillet 2016

Cécilia Luyet & Christian Rodriguez

Nos remerciements

À Monsieur Laurent Chabal, notre directeur de Travail de Bachelor, pour son encadrement, ses précieux conseils et sa disponibilité.

À Madame Jacqueline Labhard d'avoir accepté d'être notre jurée et pour son évaluation de ce travail.

À nos parents et amis proches pour les multiples relectures et remarques constructives.

Résumé

Thème. Plusieurs études cherchent à démontrer que l'hospitalisation est un facteur de risque pour la perte de mobilité chez la personne âgée, principalement dans les unités de soins aigus. Une perte de mobilité entraîne des répercussions multi-systémiques et augmente le risque d'isolement social et de dépression. En prévision du vieillissement de la population, il est important de se demander, comment et par quels moyens l'infirmier peut intervenir pour favoriser le développement de comportements de santé positifs liés à la mobilité chez la personne âgée hospitalisée et sa famille.

Contenus. Ce travail est une revue de littérature analysant un total de six articles. Les recherches ont été menées sur différentes bases de données, parmi lesquelles Cinahl, PubMed et BDSP. Les articles concernant les interventions infirmières, les personnes âgées hospitalisées, la mobilité et l'approche systémique familiale ont été retenus.

Discussion. Les différents articles analysés exposent des résultats similaires. Ceux-ci proposent des interventions telles que, la promotion de la mobilité, la mise en place de programmes de mobilité adaptés aux personnes âgées, l'amélioration des connaissances gériatriques au sein de l'équipe infirmière, une prise en soins interdisciplinaire de la personne âgée, l'utilisation d'échelles permettant d'évaluer et surveiller la mobilité et finalement l'inclusion dans le processus de soins de la famille. C'est dans cette optique que le choix du modèle de McGill est apparu comme approprié à cette démarche.

Mots-clés Personne âgée, Mobilité, Intervention Infirmière, Systémique familiale, Promotion de la santé

Keywords Elderly, Mobility, Nurse's role, Family members approach, Health promotion

Liste des abréviations

AVC	Accident Vasculaire Cérébral
AVQ	Activités de la Vie Quotidienne
BDSP	Banque de Données en Santé Publique
EMS	Etablissement Médico-Social
HEdS	Haute Ecole de Santé - Genève
HUG	Hôpitaux Universitaires Genevois
LCNEG	Le Collège National des Enseignants de Gériatrie
OFS	Office Fédéral de la Statistique
OFSP	Office Fédéral de la Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

Liste des tableaux

Tableau 1: mots clés retenus	10
Tableau 2: question de recherche PICOT	11
Tableau 3: présentation synoptique	15

Liste des figures

Figure 1: vision de la santé selon le modèle de McGill.	7
Figure 2: diagramme de Flux	14
Figure 3: résumé du cheminement de la recherche effectuée	33

Table des matières

1. Introduction	1
1.1. Problématique.....	2
1.1.1. Contexte.....	2
1.1.2. Définitions	4
1.2. Cadre théorique.....	5
1.2.1. Ancrage disciplinaire	6
1.2.2. Métaconcepts.....	6
1.2.3. Concepts généraux	8
1.3. Question de recherche	9
2. Méthode	10
2.1. Source de l'information et stratégie de recherche documentaire.....	10
2.1.1. Mots clés retenus.....	10
2.1.2. Question de recherche PICOT	11
2.1.3. Equations de recherche.....	11
2.1.4. Critères d'inclusion et d'exclusion	13
2.2. Diagramme de Flux.....	14
3. Résultats	15
3.1. Présentation synoptique des articles analysés.....	15
3.2. Présentation synthétique des articles analysés.....	16
3.3. Principaux résultats obtenus	23
3.3.1. Intervention infirmière sur la mobilité	23
3.3.2. Connaissances gériatriques et expérience du professionnel.....	24
3.3.3. Interprofessionnalité.....	25
3.3.4. Contexte politique de l'établissement	25
3.3.5. Approche systémique familiale	26
3.3.6. Comportements de santé positifs du soignant.....	26
4. Discussion.....	27
4.1. Intervention infirmière sur la mobilité.....	27
4.2. Connaissances gériatriques et expérience du professionnel	28
4.3. Interprofessionnalité.....	29
4.4. Contexte politique de l'établissement.....	30
4.5. Approche systémique familiale	31
4.6. Comportements de santé positifs du soignant.....	32

4.7.	Apports et limites des études	32
5.	Conclusion et positionnement personnel	33
5.1.	Réponse à la recherche	33
5.2.	Choix du cadre théorique	34
5.3.	Applicabilité	34
5.4.	Pistes de réflexions	35
6.	Références.....	37
6.1.	Références bibliographiques	37
6.2.	Liste bibliographique	40
7.	Annexes	I
7.1.	Annexe I : Lexique	I
7.2.	Annexe II : Fiches de lecture	II

1. Introduction

En Suisse, l'augmentation de 89% du nombre de personnes de plus de 65 ans d'ici 2060 (Office Fédéral de la Statistique, 2010) aura un impact conséquent sur le système de santé. Cette évolution implique le développement d'un regard nouveau face à nos prises en soins, afin d'établir de nouvelles stratégies et d'anticiper cette évolution.

Une personne âgée hospitalisée est confrontée à plusieurs difficultés liées à son hospitalisation. Les conséquences qui en découlent créent ainsi un environnement défavorable au maintien de sa mobilité. Chez la personne âgée de plus de 60 ans, l'impact d'une diminution de mobilité est un des facteurs principaux d'isolement social, de perte d'élan vital ou encore de dépression (Morin & Leduc, 2004).

Toujours dans le cadre d'une population vieillissante, la possibilité d'offrir une prise en soins maximisant l'indépendance fonctionnelle de la personne permettrait à la personne âgée de vieillir plus sainement et de se maintenir à domicile le plus longtemps possible. Vieillir en restant mobile participerait également au maintien d'une meilleure santé générale, limitant ainsi la complexité des soins et leurs impacts sur la qualité de vie de la personne. Cela aura aussi des répercussions positives sur le proche aidant, ainsi que sur les coûts de la santé (Le Collège National des Enseignants de Gériatrie, 2000).

Le but de ce travail de Bachelor est donc de mettre en évidence les différentes pratiques et interventions infirmières permettant de maintenir et d'améliorer la mobilité chez la personne âgée hospitalisée. En lien avec cette problématique, le modèle conceptuel de McGill apporte une vision non déficitaire de la personne âgée, tout en permettant l'inclusion de la famille dans le processus de soins.

1.1. Problématique

1.1.1. Contexte

En Suisse, la santé représente 10.9% du produit intérieur brut (OFS, 2012). Les soins en milieu hospitalier représentent à eux seuls 46.2% de ces dépenses (OFS, 2012). La durée de séjour en milieu hospitalier a un impact conséquent sur le coût global du système de santé. Les personnes âgées représentent la partie de la population avec la durée moyenne d'hospitalisation la plus élevée (OFS, 2011). Ces chiffres justifient le virage ambulatoire actuel du système de santé observé à Genève depuis le début des années 2000 (SantéSuisse, 2006). Ce virage soulève une autre problématique concernant les conséquences que cela peut avoir sur les personnes hospitalisées et plus particulièrement les personnes âgées.

La personne âgée, à l'exception de celle souffrant de démence, a été retenue comme population cible. Ce choix est justifié par le fait qu'en Suisse, les personnes âgées représentent 30,6% de l'ensemble des hospitalisations (OFS, 2015). Leur durée moyenne de séjour à l'hôpital s'élève à 11.74 jours, soit près de trois jours de plus que la moyenne générale de la population. En 2011, le coût moyen d'une hospitalisation chez les personnes âgées est d'environ 12'000 francs. Avec un quartile inférieur de 4'617 francs et un quartile supérieur de 14'359 francs, c'est donc la tranche d'âge la plus coûteuse lors des prises en charges hospitalières (OFS, 2015). De plus, selon une étude menée par Lafrenière et Dupras en 2008, une personne âgée hospitalisée est confrontée à plusieurs difficultés, le motif d'hospitalisation étant la première. Les conséquences qui en découlent créent ainsi un environnement défavorable au maintien de la mobilité. L'adaptation à un nouvel environnement tel qu'un hôpital, un traitement médicamenteux lourd et un alitement probable crée un contexte délétère pour la personne âgée et la rend d'autant plus à risque de complications majeures liées à une hospitalisation (Lafrenière & Dupras, 2008).

En effet, selon Morin et Leduc (2004), cette partie de la population est la plus sujette aux pertes de mobilités lors d'une hospitalisation. Une étude réalisée par Sager et Rudberg (1998) démontre que près d'un tiers des patients subit une perte d'indépendance fonctionnelle dans le cadre des activités de la vie quotidienne à leur sortie de l'hôpital. De plus, une diminution de mobilité peut entraîner des pertes d'indépendance avec des répercussions multi-systémiques telles que des complications cardio-vasculaires, respiratoires, urinaires, digestives, musculo-squelettiques, cutanées, métaboliques et psychiatriques (Morin & Leduc, 2004). Le risque de chute est lui aussi augmenté.

La mobilité fait partie implicitement de l'indépendance, elle permet le maintien des fonctions motrices et du fonctionnement physiologique du corps humain. De plus, les relations sociales et humaines sont majoritairement construites autour d'activités nécessitant un déplacement physique. Celle-ci n'est donc pas simplement un déterminant physiologique de l'humain, mais aussi un besoin social (Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal, 2012). La personne âgée entre alors dans un cercle vicieux, car elle se mobilisera de moins en moins, augmentant alors le risque d'isolement social, de perte d'élan vital ou encore de dépression (Morin & Leduc, 2004). De plus, la perte d'une fonction telle que la mobilité peut entraîner un syndrome de glissement, ayant pour conséquence une détérioration globale de l'état de santé, ainsi qu'une perte d'intérêt et de motivation. Toutes ces conséquences démontrent qu'une perte de mobilité consécutive à une hospitalisation a un impact sur la qualité de vie de la personne âgée (LCNEG, 2000).

Concernant le proche aidant, les conséquences sont tout aussi représentatives de la problématique. En effet, elle peut entraîner une perturbation de la dynamique familiale avec une inversion des rôles, où l'enfant se retrouve responsable de son parent, par exemple. Dans certaines situations, les conséquences peuvent également se manifester sur le plan financier, notamment lorsque l'on diminue son taux d'activité pour prendre soin de la personne malade, ou en raison des frais liés à un éventuel placement en Etablissement Médico-Social (EMS). De plus, le proche aidant est un partenaire lors de la prise en soins, car il est une ressource pour la personne soignée et le soignant.

Les répercussions sociétales sont elles aussi présentes. Comme évoqué précédemment, la population vieillissante actuelle amènera plusieurs défis dans les années à venir. En effet, l'augmentation de 89% du nombre de personnes âgées de plus de 65 ans d'ici 2060 (OFS, 2010) aura un impact direct sur le système de santé en raison de la nécessité d'améliorer et d'agrandir les institutions qui les accueilleront (Höpflinger, 2015). Un maintien de la mobilité chez la personne âgée permet de favoriser l'indépendance et de conserver la qualité de vie, tout en retardant le moment d'entrée en EMS. Ceci sera donc bénéfique à la personne âgée et au système de santé (LCNEG, 2000).

Les pratiques infirmières peuvent aussi accentuer la diminution de mobilité de la personne âgée. Lorsque l'envie de faire à la place de la personne devient trop fréquente, ou lorsque le repos est forcé par peur du danger engendré lors d'une mobilisation précoce, cela entraîne systématiquement des pertes de mobilité. D'autres

facteurs tels que le type de traitement ou encore l'utilisation de contention physique augmentent le risque de pertes (Lafrenière & Dupras, 2008).

Comme le démontrent ces différentes études, cette thématique a une importance prépondérante. En effet, le maintien du niveau de mobilité s'inscrit parfaitement dans les compétences spécifiques aux soins infirmiers, en particulier dans celles de promoteur, professionnel et expert de la santé. Dans ces différents rôles, il est important de souligner le devoir de prévention et de maintien de la qualité de vie du patient. Le professionnel doit s'engager en faveur du patient et défendre ses intérêts. Cela peut, par exemple, passer par un enseignement thérapeutique afin de lui transmettre, ainsi qu'à son entourage, les savoirs nécessaires et utiles. Intervenir sur la mobilité auprès du patient hospitalisé et du proche aidant permet de prévenir une détérioration de sa santé, tout en privilégiant son indépendance (Ledergerber, Mondoux, & Sottas, 2009). Cette responsabilité relève du domaine infirmier, car la proximité et la relation de confiance créée avec le patient sont propices à un partage de connaissances. De plus, la position centrale de l'infirmier permet de coordonner un travail interdisciplinaire dans les lieux de soins, notamment avec les physiothérapeutes et ergothérapeutes.

Toujours dans le cadre d'une population vieillissante, la possibilité d'offrir une prise en soins maximisant l'indépendance de la personne, permettrait à la personne âgée de vieillir plus sainement et de se maintenir à domicile le plus longtemps possible. Vieillir en restant mobile participerait également au maintien d'une meilleure santé générale, ce qui limiterait la complexité des soins et leurs impacts sur la qualité de vie de la personne (LCNEG, 2000).

Le modèle conceptuel retenu et développé dans la section suivante a permis de cibler la problématique sur les actions menées conjointement avec l'entité personne-famille et l'infirmier face à la mobilité. Le rôle infirmier est donc de rendre l'environnement favorable à l'apprentissage de comportements de santé pour la personne âgée, grâce à une participation active aux soins.

1.1.2. Définitions

Personne âgée

Il s'agit de se focaliser sur les personnes âgées de 60 ans et plus, comme énoncé dans la définition de l'organisation mondiale de la santé (OMS, 2015). La personne âgée a été retenue comme population cible, car elle est la plus sujette aux pertes de mobilité durant les hospitalisations et leurs conséquences sont plus importantes. Les

personnes vivant en Etablissements Médico-Sociaux ne sont pas considérées comme hospitalisées. Les personnes souffrant déjà de diminution de mobilité sont exclues de la population cible, car cela pourrait être un biais.

Mobilité

La mobilité est la capacité de chacun à se mouvoir intentionnellement dans son environnement. Selon Maslow (1989), elle fait partie des besoins physiologiques de base et est donc fondamentale pour la personne.

Définitions des échelles de mesures rencontrées lors de la lecture des différents articles.

L'échelle de Barthel évalue la mobilité au travers des activités de la vie quotidienne (AVQ). Il s'agit d'une hétéro-évaluation comprenant 10 critères différents, évalué sur 5, 10 ou 15 points et pouvant atteindre un total de 100 points. Ces derniers sont l'alimentation (0-10pts), faire sa toilette (0-5pts), l'hygiène personnelle (0-5pts), s'habiller (0-10pts), la continence fécale (0-10pts), la continence urinaire (0-10pts), le transfert aux toilettes (0-10pts), le transfert au fauteuil (0-10pts), la marche (0-15pts), et monter les escaliers (0-10pts). Les points sont attribués en fonction de critères spécifiques (Evidence-Based Clinical Practice, 2006, traduction libre).

La SEE-scale est l'abréviation pour la Self-Efficacy for Exercise Scale. Cette échelle évalue la croyance de la personne en ses capacités à atteindre un objectif. Elle est composée de neuf items, cotés de 0 à 10, 0 étant considéré comme non-confiant et 10 comme très confiant (Resnick & Jenkins, 2000, traduction libre).

La Rivermead Mobility Index évalue elle aussi la mobilité au travers de plusieurs items comprenant la capacité à se mobiliser au lit, à se mettre assis au bord du lit, à rester assis en équilibre durant 10 secondes sans se tenir au bord du lit, à se lever, à rester debout 10 secondes sans aide, à effectuer les transferts lit-fauteuil, à marcher à l'intérieur, à monter et descendre les escaliers, à marcher à l'extérieur, à ramasser un objet au sol, à marcher à l'extérieur sur un sol irrégulier, à faire sa toilette et finalement, à courir (Rehabilitation Measures Database, 2010, traduction libre).

1.2. Cadre théorique

Le modèle utilisé pour éclairer la question de recherche est le modèle conceptuel de McGill, développé par la docteure Moyra Allen dans les années 1960. Il a pour but l'apprentissage de comportements de santé au travers d'une relation de partenariat entre soignant, soigné et la famille.

1.2.1. Ancrage disciplinaire

Hiérarchie des connaissances, paradigme et écoles de pensée.

Dans la mesure où les écrits ne s'accordent pas sur l'emplacement du travail de la doctoresse Allen dans la hiérarchie des connaissances, son travail sera considéré ici comme un modèle conceptuel. Il a donc pour but d'amener une vision globale des soins infirmiers, afin d'orienter, clarifier et justifier la profession infirmière (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010). Il est soumis au paradigme interactif-intégratif, impliquant la reconnaissance de causes multiples et le contexte d'apparition d'un événement. Ce modèle théorique s'inscrit dans l'école de la promotion de la santé, orientant ainsi l'objectif de soins vers l'apprentissage de comportements de santé (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010).

Postulats, valeurs et éléments essentiels.

Selon Potter et Perry (2005), les postulats servent d'assises théoriques et scientifiques au modèle et s'appuient sur des suppositions vérifiables. Les valeurs justifient l'application du modèle. Elles reflètent les idées et opinions propres aux auteurs. Ces deux entités forment les éléments essentiels. Ils guident la pratique professionnelle en orientant la profession infirmière. Le modèle de McGill comporte six items reprenant ses valeurs et postulats :

La santé d'une nation est sa ressource la plus importante ; les individus, les familles et la communauté aspirent à une meilleure santé et sont motivés à y parvenir ; la santé s'apprend par la participation active et par la découverte personnelle ; la santé est un phénomène familial ; les soins infirmiers constituent la ressource de santé principale pour les familles et la communauté ; la relation infirmière personne (...) est une (... relation...) de collaboration (Paquette-Desjardins & Sauvé, 2008, p.20).

1.2.2. Métaconcepts

La santé est le méta-concept principal de ce modèle. Elle est définie comme un méta-concept en perpétuelle évolution, muable et infini. Elle n'est pas perçue comme une absence de maladie, mais comme un concept pouvant être présent de façon simultané avec la maladie. Dans le modèle de McGill, la santé découle d'apprentissages et d'interactions entre des éléments. Il s'agit donc d'un comportement à composante sociale, dynamique et positive. L'association entre les comportements de santé et la présence ou non d'une maladie est l'indicateur du niveau de santé, comme démontré sur la figure 1.

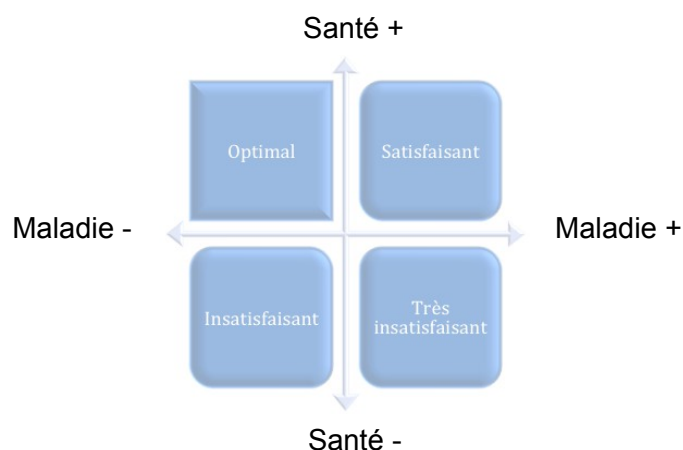


Figure 1: vision de la santé selon le modèle de McGill. Adaptée de Paquette-Desjardins & Sauvé, 2008, p.22

Selon ce modèle, l'apprentissage de la santé s'effectue donc en interaction avec l'environnement et plus particulièrement la famille. De plus, le modèle de McGill a la particularité d'inclure deux mécanismes indissociables dans sa définition de la santé, appelés coping et développement. Le coping est le processus permettant à la personne et sa famille de s'adapter à un événement nouveau ; le développement est la capacité de la personne à mobiliser ses ressources dans le but de s'accomplir (Gottlieb & Rowat, 1987).

La personne-famille est un concept indissociable dans le modèle de McGill. En effet, ces deux entités forment un système en interaction perpétuelle, s'influencent continuellement. La famille comprend les personnes ayant un lien de parenté, ainsi que d'autres membres significatifs de l'entourage ou des connaissances. Sans négliger la singularité de chacun des membres du système, l'accent se porte sur l'interdépendance de l'entité familiale. Certaines personnes internes au système influencent plus grandement leur famille, toutefois chaque membre a son importance pour l'atteinte d'un équilibre. Selon McGill, la personne est considérée comme un être dynamique, capable d'apprendre et de surmonter les difficultés rencontrées. La personne et la famille sont donc inséparables et doivent participer tous deux de façon active aux soins. Leur état de santé relève de leur responsabilité et la résolution des problèmes est le résultat de leurs interactions. Ainsi, la personne-famille est considérée comme un collaborateur au même niveau hiérarchique que l'infirmier lors de la prise en soins (Gottlieb & Rowat, 1987).

L'environnement permet les interactions entre la personne-famille et la société. C'est donc le lieu favorable aux apprentissages de santé et à l'évolution des ressources intrafamiliales.

Les soins infirmiers, selon Paquette-Desjardins et Sauvé (2008), ont comme objectif principal la promotion de la santé, au travers de l'encouragement du maintien, du renforcement et du développement des comportements de santé positifs. L'infirmier génère et modifie les conditions d'apprentissage, afin de les rendre favorables à l'engagement de la personne-famille dans le processus de soins. Le travail infirmier se construit autour des ressources de la personne-famille et non autour de ses déficiences, ce qui nécessite une participation active de cette dernière. Afin d'amener la personne-famille à s'engager, il est nécessaire de valider les connaissances propres à chacun. La mise en commun des expériences de la personne-famille et des connaissances théoriques du professionnel permet d'établir des objectifs conjointement, en vue de maintenir le niveau d'engagement. Selon Gottlieb et Feeley (2006), la relation entre l'infirmier et le patient est à présent une relation de partenariat, où les deux parties sont égales.

1.2.3. Concepts généraux

« La santé d'une nation est sa ressource la plus importante. »

(Paquette-Desjardins & Sauvé, 2008, p.20)

Avec cette première assertion, le modèle de McGill promeut l'importance de l'état de santé de la société. Voilà pourquoi l'apprentissage de comportements de santé est essentiel. La thématique retenue dans ce travail rentre parfaitement dans ce postulat. En effet, agir sur les pertes d'indépendance favorise un vieillissement sain et non-pathologique de la personne et par conséquent, préserve cette précieuse ressource.

« Les individus, les familles et la communauté aspirent à une meilleure santé et sont motivés à y parvenir. »

(Paquette-Desjardins & Sauvé, 2008, p.20)

Cette deuxième assertion met en avant l'implication et la volonté de la population d'être en santé. Ce postulat, ainsi que celui décrivant la relation infirmière-personne comme une relation de collaboration, appuient l'idée d'un travail en commun entre les professionnels, la personne et sa famille. Ceci rejoint le fil conducteur de cette thématique, où le but est d'amener une collaboration et une participation active de la

personne et de son entourage dans la prise en soins. La personne-famille étant définie comme une entité indissociable, la problématique s'inscrit dans cette entité par le fait qu'une perte de mobilité chez la personne âgée suppose des répercussions sur la famille en entier (Paquette-Desjardins & Sauvé, 2008).

Le choix du modèle de McGill comme cadre de référence implique de considérer la personne soignée comme un être capable d'apprendre. Bien que la vieillesse soit souvent considérée comme un obstacle à l'apprentissage, il est important d'avoir une vision non-déficitaire de la personne âgée. En effet, celles-ci subissent aussi des changements, tels que l'apparition d'une maladie, auxquels elles font face en mobilisant leurs capacités d'apprentissage et d'évolution. Le modèle de McGill est donc applicable à l'ensemble de la population.

1.3. Question de recherche

Des recherches initiales concernant la perturbation des besoins physiologiques chez la personne âgée hospitalisées ont conduit aux interrogations suivantes : Quels sont les impacts d'une perte de mobilité durant une hospitalisation chez la personne-famille ? La durée d'hospitalisation peut-elle entraîner une diminution de la mobilité chez les personnes âgées hospitalisées ?

Après des recherches plus approfondies concernant la population cible, la mobilité et le cadre théorique, la problématique a pu être ciblée sur le rôle infirmier de la façon suivante : *comment et par quels moyens l'infirmier peut-il intervenir afin de favoriser le développement de comportements de santé positifs liés à la mobilité chez la personne âgée hospitalisée et sa famille ?*

2. Méthode

2.1. Source de l'information et stratégie de recherche documentaire

Afin de réaliser des recherches pertinentes concernant la problématique, les concepts importants ont été traduits par mots clés avec l'outil informatique « Cismef ». Les bases de données PubMed, Cinahl et la Banque de Données en Santé Publique (BDSP) ont été utilisées. Dans un second temps, la problématique a été définie à l'aide de la méthode PICOT et plusieurs équations de recherches ont été posées. Finalement, les résultats ont été soumis à différents critères d'inclusions et d'exclusions détaillés par la suite.

2.1.1. Mots clés retenus

Tableau 1: mots clés retenus

Termes en français	Meshterms (PubMed)	Meshterms (Cinahl)	Thésaurus (BDSP)
Personne âgée	Aged, Elderly	Aged	Personne âgée
Personne âgée hospitalisée		Aged, Hospitalized	
Hospitalisé	Inpatient		
Mobilité	Motor activities, Mobility	Physical mobility, Immobilization	Mouvement corporel, Mobilisation, Activité Physique
Rôle infirmier	Nurse's role, Attitude of health personal	Nurse attitude, Nursing role, Nursing staff hospital, Nursing practice, Advanced nursing practice, Nursing practice evidence-based, Nurse practice acts	Rôle propre infirmier, Soins infirmier, Promotion de santé, Pratiques infirmière

2.1.2. Question de recherche PICOT

Tableau 2: question de recherche PICOT

Patient/Pathologie	Personne âgée hospitalisée
Intervention	Intervention infirmière
Contexte*	Soins aigus
Outcome	Favorisant la mobilité
Temps	Non évalué

* N'ayant pas de Comparaison possible, cette interprétation différente du C du PICOT a été choisie.

2.1.3. Equations de recherche

Dans ce chapitre, le résultat des recherches est détaillé en spécifiant le nombre d'articles proposés et les critères menant à la sélection des articles.

La recherche documentaire a débuté au mois de novembre 2015 jusqu'au février 2016. Les équations de recherches ont évolué tout au long de ce travail afin d'obtenir des articles pertinents.

Première équation

PubMed : « Aged » or « Elderly » AND « Nurse's role » or « Attitude of health personal » AND « Motor activities » or « Mobility » ; 344 résultats proposés (Filtre article < 10 ans = 202 art. Titre = 22art. Résumé = 11art. Lecture = 2 art.), 0 article retenu.

Deuxième équation

Cinahl : « Nursing staff, hospital » AND « Physical mobility » AND « Aged » or « Aged, hospitalized » ; 8 résultats proposés (Filtre Titre = 1art. Résumé = 1art. Lecture = 1 art.), 1 article retenu :

1. Killey, B. & Watt, E. (2006) The effect of extra walking on the mobility, independence and exercise self-efficacy of elderly hospital inpatients: A pilot study. *Contemporary Nurse*, 22(1), 120-133. Doi : 10.5172/conu.2006.22.1.120

Troisième équation

Cinahl : « Nurse attitude » or « Nurse role » AND « Physical mobility » AND « Aged » or « Aged, hospitalized » ; 20 résultats proposés (Filtre Titre = 8art. Résumé = 6 art. Lecture = 3 art.) , 2 articles retenus :

2. Kneafsey, R. (2007) A systematic revue of nursing contributions to mobility rehabilitations: examining the quality and content of the evidence. *Journal of Clinical Nursing*, 16(11C), 325-400.
3. Kneafsey, R., Clifford, C., Greenfield, S. (2013) What is the nursing team involvement in maintaining and promoting the mobility of older adults in hospital? A grounded theory. *International Journal of Nursinf Studies*, 50(12), 1617-1629.

Quatrième équation

Cinahl : « Nursing practice » or « Advanced nursing practice » or « Nursing practice, evidence-based » or « Nurse practice acts » AND « Physical mobility » AND « Aged » or « Aged, hospitalized » ; 27 résultats proposés (Filtre Titre = 7art. Résumé = 1 art. Lecture = 1 art.), 0 article retenu.

Cinquième équation

Cinahl : « Nursing practice » or « Advanced nursing practice » or « Nursing practice, evidence-based » or « Nurse practice acts » AND « immobilization » AND « Aged » or « Aged, hospitalized » ; 5 résultats proposés (Filtre Titre=1art. Résumé = 1 art. Lecture= 1 art.), 0 article retenu.

Sixième équation

BDSP : « activité physique » AND « soins infirmiers » AND « personne âgée » ; 3 résultats proposés (Filtre Titre=0 art. Résumé = 0 art. Lecture = 0 art.) , 0 article retenu.

Septième équation

BDSP : « Mobilisation » AND « infirmier » AND « personne âgée » ; 1 résultat proposé (Filtre Titre=1 art. Résumé = 1 art. Lecture = 1 art.), 0 article retenu.

Huitième équation

BDSP : « activité physique » AND « infirmier » AND « promotion de la santé » ; 3 résultats proposés (Filtre Titre=1 art. Résumé = 1 art. Lecture= 1 art.), 1 article retenu :

4. Suan, F., Norman, I.J., While, A. (2011) The relationship between physicians' and nurses' personal physical activity habits and their health promotion practice. *Health Education Journal*, 72(1), 102-119.

Neuvième équation

BDSP : « activité physique » AND « infirmier » AND « personne âgée »; 4 résultats proposés (Filtre Titre=1 art. Résumé = 1 art. Lecture = 1 art.), 1 article retenu :

5. Doherty-King, B., Bowers, B. (2011) How nurses decide to ambulate hospitalized older adults : Development of a conceptual model. *Gerontologist*, 51(6), 786-797.

Littérature grise

6. Maeshima S., Ueyoshi A., Osawa, A., Ishida, K., Kunimoto, K., Shimamoto, Y., Matsumoto, T., Yoshida, M. (2003). Mobility and Muscle Strength contralateral to Hemiplegia from Stroke, benefit from Self-training with Family Support. *American Journal of Physical and Rehabilitation*, 82(6), 456-462. Doi : 10.1097/01.PHM.0000069195.87219.EO

2.1.4. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les articles ont été sélectionnés en fonction de leur date de parution, comprise entre 2000 et 2015, afin de baser cette revue de littérature sur des résultats les plus actuels possibles. Les articles traitants des pertes de mobilité des personnes âgées institutionnalisées ont été exclus d'office. Les articles concernant la prévention des différents professionnels de la santé en lien avec la mobilité ont été retenus selon leur pertinence avec la problématique.

2.2. Diagramme de Flux

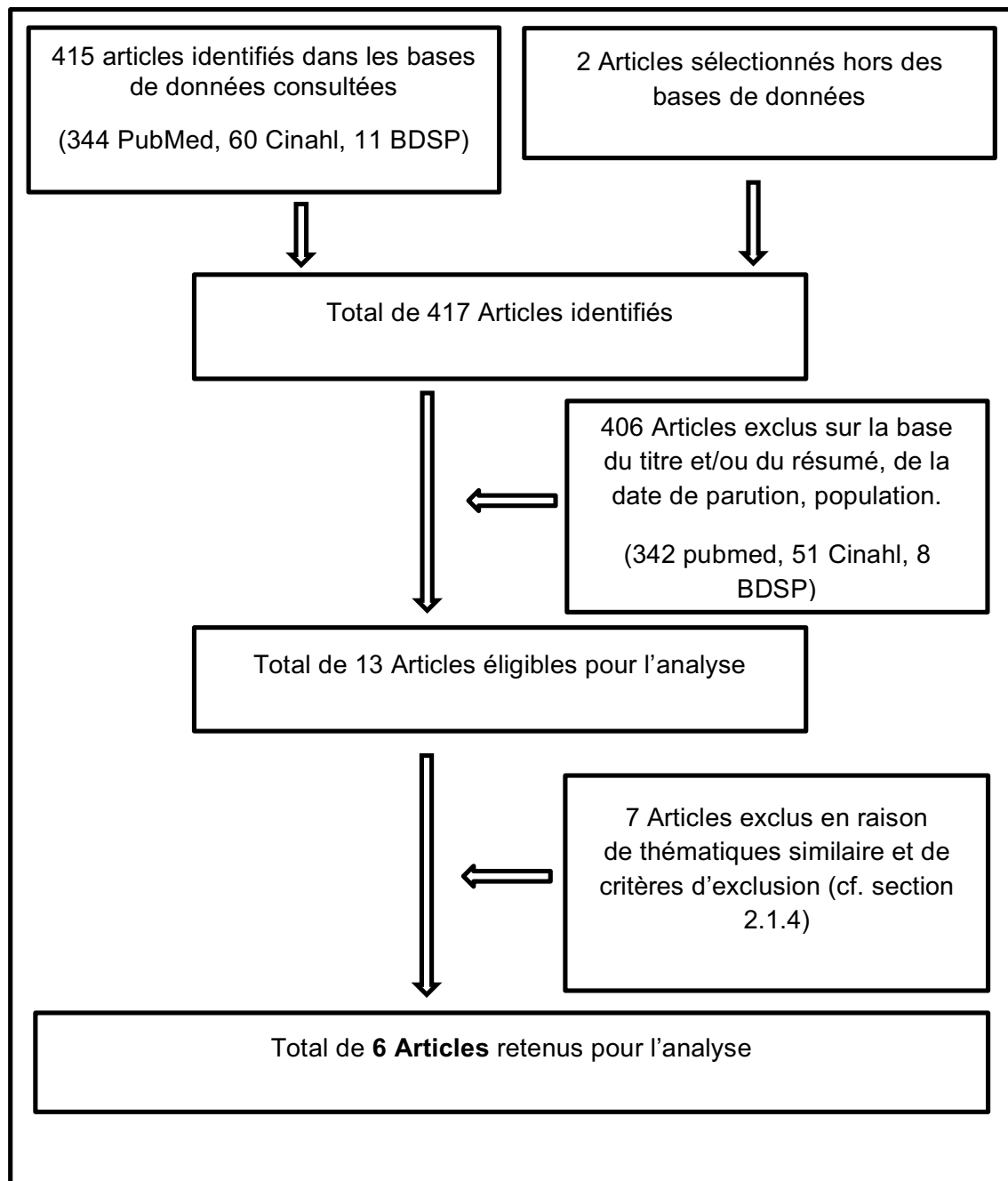


Figure 2: diagramme de Flux

3. Résultats

Afin de réaliser cette revue de littérature, un total de six articles en lien avec la thématique a été retenu et analysé à l'aide de fiches de lecture critique (cf. annexe II). Les thématiques des différents articles sont répertoriées et présentées dans un tableau synoptique. Les résultats de l'analyse de chaque article sont résumés sous forme de tableau synthétique. Puis, les résultats principaux sont exposés en détail.

3.1. Présentation synoptique des articles analysés

Ce tableau permet d'avoir un aperçu transversal des différents articles sélectionnés, classé par item. Ils sont détaillés dans les parties 3.2, 3.3 et 4 de ce travail.

Tableau 3: présentation synoptique

Thèmes du cadre de référence			1. Killey (2006)	2. Kneafsey (2007)	3. Kneafsey (2013)	4. Suan (2011)	5. Doherty-King (2011)	6. Maeshima (2003)
Dimension	Concepts majeurs	Thématiques						
Intra-personnel	Personne âgée	Mobilité	x	x	x	x	x	x
		Indépendance	x		x			x
		Force						x
		Auto-efficacité	x					
		Sécurité			x		x	
		Apprentissage de comportement de santé positif	x			x	x	x
	Approche systémique familiale	Implication famille					x	x
		Motivation à améliorer la santé	x			x		x
	Infirmier	Connaissance gériatrique		x	x		x	
		Sécurité					x	
		Activité physique du soignant			x	x		
		Processus décisionnel			x	x	x	
		Evaluation risque bénéfice					x	
		Expérience du soignant			x	x	x	
		Phase d'hospitalisation					x	
		Implication infirmière		x	x	x	x	
Pratique	Politique d'établissement	Condition de travail		x	x		x	
		Directives			x		x	
	Intervention	2 marches quotidiennes	x					
		Programme de mobilité		x				x
		Moyen auxiliaire		x			x	x
		Type de mobilisation					x	
		Interprofessionnalité			x		x	x
		Promotion mobilité	x	x	x	x	x	x

3.2. Présentation synthétique des articles analysés

Article 1 : The effect of extra walking on the mobility, independence and exercise self-efficacy of elderly hospital in-patients: A pilot study							
Auteur (Année)	Design/ But de l'étude	Population Nb Echantillon	Intervention/ Méthode/ Instrument de mesure	Principaux résultats	Forces Intérêts	Limites	Cadre théorique/ lien McGill
Bruce Killey & Elizabeth Watt (2006) Australie	Essai clinique randomisé Evaluer l'effet de 2 marches quotidiennes supplémentaires sur : 1. La mobilité 2. L'indépendance 3. L'auto-efficacité chez la personne âgée hospitalisée Niveau preuve EBN = 2	55 Personnes, hospitalisées en soins aigus, ayant besoin d'aide à la marche Age : > 70 ans Exclusion : AVC et démence exclues Groupe Intervention (GI) = 27 personnes Groupe contrôle (GC) = 28 personnes avec soins standards Répartition aléatoire, (N initial = 77, cf. fiche de lecture)	Intervention : éducation thérapeutique + 2 marches supplémentaire/j. Mesure des 1-3, à J0-J7 avec 1. Distance de marche (m) 2. Barthel scale 3. SEE-scale Exclusion justifiée et détaillées pour l'échantillon Analyse statistique : 1. T-Test : comparer les résultats entre les deux groupes 2. Anova test : tester significativité entre les deux groupes	Mobilité : distance de marche moyenne GC = 32.11m à J0 (σ = 32.83m) et de 47.86m à J7 (σ = 47.70m). GI = 38.64m à J0 (σ = 27.13m) et 79.44m (σ = 58.03m) à J7 (p.129). Intervention P=0.039 Indépendance : score de Barthel GC= 58,07 à J0 (σ = 27.77) et 55,18 à J7 (σ = 31.78). GI= 59.19 à J0 (σ = 25.85) et 70.81 à J7 (σ = 24.33) (p.128). Intervention P=0.035 Self-Efficacy : score SEE-Scale GC= 21.00 à J0 (σ =28.53) et 23.32 à J7 (σ =27.53). GI= 24.07 à J0 (σ =30.34) et 34.89 à J7 (σ =37.37)(p.129). Intervention P=0.575	Cet article présente une intervention influençant favorablement l'indépendance et la mobilité de la personne âgée hospitalisée, au travers de la marche. Outils de mesure pertinents et méthode détaillée Etique approuvée par deux comités Biais de confusions physiothérapeute exclus	Biais de mesure : échelle de Barthel L'échantillon est potentiellement non significatif, mais est tout de même représentatif.	Apprentissage de comportement de santé positif et promotion de la santé

Article 2 : A systematic review of nursing contributions to mobility rehabilitation: examining the quality and content of the evidence							
Auteur (Année)	But de l'étude/Design	Population Nb Echantillon	Intervention/ Méthode/ Instrument de mesure	Principaux résultats	Forces Intérêts	Limites	Cadre théorique/ lien McGill
Rose Kneafsey, (2007)	Revue systématique Niveau de preuve EBN= 1 Résumer les résultats et examiner la qualité et le contenu de la littérature scientifique concernant les approches infirmières visant à améliorer la mobilité et le mouvement chez la personne âgée hospitalisée.	Bases de données : Medline, Cinahl, Amed et Cochrane Database Exclusion : citations, titre, résumé, risque de chute, personne démentifiée, enfants, mobilisation passive, manutention. Articles triés selon la grille TAPUPAS 49 articles ont été retenus : 16 recherches, 33 informationnels Échantillon des différents articles compris entre N=12 et N=468	Equation de recherche avec les mots clés: rehabilitation patients, elderly, geriatric, older, stroke, mobility, mobilizing, gait, muscle tone, passive exercises, walking, movement, physical therapy, rehabilitation nursing, nursing interventions, gerontological nursing) Niveau de preuve des articles est évalué avec Quality rating scale → seule ceux avec un niveau de preuve satisfaisant ou bon sont retenu pour la discussion	L'importance de promouvoir la mobilité et prévenir l'immobilisation est mise en avant. La mise en place de structures et de programmes favorise la mobilité chez les patients âgés. Les connaissances gériatriques améliorent la promotion de la mobilité. Les moyens auxiliaires de mobilisation doivent être utilisés, malgré la préoccupation des infirmiers de rendre les patients plus dépendants.	Diagramme de flux Quality rating pour chaque étude PICOT utilisé pour poser la question de recherche Les termes de la question de recherche sont définis Seulement des études avec des outils de mesure reconnus	Littérature grise exclue Seulement des articles accessibles gratuitement dans les bases de données Une seule équation de recherche détaillée Sélection des articles sans filtres de date de parution Grille d'analyse manquante pour certains articles de la discussion ce qui rend difficile la généralisation des résultats	Apprentissage des comportements de santé positifs et implication soignante

Article 3 : What is the nursing team involvement in maintaining and promoting the mobility of older adults in hospital? A grounded theory study							
Auteur (Année)	Design/ But de l'étude	Population Nb Echantillon	Intervention/ Méthode/ Instrument de mesure	Principaux résultats	Forces Intérêts	Limites	Cadre théorique/Lien McGill
Rose Kneafsey, Collette Clifford, Sheila Greenfield, (2013)	<p>Etude qualitative</p> <p>Comprendre l'implication de l'équipe infirmière dans le maintien ou l'amélioration de la mobilité fonctionnelle chez la personne âgée hospitalisée en réhabilitation.</p> <p>Niveau de preuve EBN = 2</p>	<p>Collecte données : 2007-2009</p> <p>n= 12 aides-soignants n= 21 Infirmiers n= 4 physiothérapeutes n= 1 ergothérapeute n= 1 formateur en manutention</p> <p>Lieux : 3 unités de 3 établissements différents (réhabilitation 24 patients, lésion médullaire 19 patients, AVC 18 patients)</p> <p>Critères de participation : nombre d'année, expérience, unité</p>	<p>39 Entretiens individuels semi-directifs : Interviews de 30 à 60 min enregistrées et retranscrites</p> <p>61h Observations non-participatives</p> <p>Interview : sujets</p> <ul style="list-style-type: none"> - la vision - l'expérience en promotion de la mobilité - l'inter-professionnalité avec le physiothérapeute - la politique de l'établissement. <p>Observation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - aide pour s'asseoir, se lever, changer de position, manger, bouger dans le lit, - travail avec physiothérapeute/ aide-soignant 	<p>Sécurité : L'infirmier a une vision centrée sur la sécurité, où la mobilité est un moyen et non un but.</p> <p>Interprofessionnalité : objectifs de soins non partagé. Travail séparé et non coordonné.</p> <p>Politique de l'établissement : contrainte horaire importante et un manque de personnel. La politique des établissements priorise la sécurité du patient et du soignant, ce qui entrave la prise d'initiative de l'infirmier.</p>	<p>Met en évidence la vision différente de chaque soignant du patient.</p> <p>Propose une modification de la politique des établissements, permettant à l'infirmier de prendre plus d'initiative.</p> <p>Approbation éthique et origine des fonds</p>	<p>Nombre d'observateurs non spécifié.</p> <p>Les interviews ont été classées subjectivement afin de générer des catégories.</p> <p>Aucun résultat en chiffres n'est transmis</p> <p>Cette étude étant qualitative, elle ne permet pas la généralisation des résultats à l'ensemble de la population, mais elle permet de mettre en lumière les mécanismes entravant l'implication infirmière en réhabilitation.</p>	<p>Cet article soulève le fait que l'infirmier a une vision centrée sur la sécurité du patient, entravant ainsi le rôle de promoteur de la mobilité. Il est possible de faire un lien avec le méta-concept des soins infirmiers de McGill, où le travail infirmier doit s'appuyer sur les ressources de la personne et non sur ses déficiences. (Paquette-Desjardin & Sauvé, 2008).</p>

Article 4 : The relationship between physicians' and nurses' personal physical activity habits and their health-promotion practice: systematic review							
Auteur (Année)	Design/ But de l'étude	Population Nb Echantillon	Intervention/ Méthode/ Instrument de mesure	Principaux résultats	Forces Intérêts	Limites	Cardre théorique/ lien McGill
Suan F., Ian J. Norman and Alison E. While (2011) Chine	Revue systématique Examiner la relation entre l'activité physique des médecins et infirmiers et leurs pratiques de la promotion de l'activité physique. Niveau de preuve EBN = 1	Principales bases de données : Medline, Cinahl, Embase et Cochrane Library, PubMed, PsychINFO, British Nursing Index, autres bases de données chinoises. 13 articles ont été retenus, 9 concernant les médecins, 2 les infirmiers et 2 les médecins et les infirmiers. 12 études qualitatives et 1 quantitatives 2 personnes pour sélectionner les articles.	Strobe Checklist pour évaluer la qualité des articles. Equation de recherche avec les mots clés: Nurse, Nursing Staff, physician, medical staff, doctor, general practitioner, exercise, physical activity, health behaviour, health habits, lifestyle, health promotion, health education, counselling Critères de sélection : textes originaux, Anglais et chinois, à partir de 1997 Exclusion : Titre, résumé, littératures grises	10 parmi les 13 articles sélectionnés démontrent une corrélation positive entre l'activité physique du professionnel et sa promotion de l'activité. 3 études ne démontrent aucuns liens. Résultats supplémentaires : - une étude met en avant la vision positive des infirmiers sur l'importance de la promotion de la santé, mais les patients disent ne pas recevoir de conseil des infirmiers. - Les médecins et infirmiers ont une vision positive de l'activité physique, et la promotion est plus importante chez les infirmiers que chez les médecins.	Met en évidence un lien entre activité physique du soignant et sa pratique. Diagramme de flux Strobe Checklist pour chaque étude Critères d'inclusion et d'exclusion des articles sont définis	Littérature grise exclue Trop peu d'étude et niveau de preuve faible selon les auteurs Sélection des articles sans filtres de date de parution.	Selon le premier postulat de McGill, « la santé d'une nation est sa ressource la plus importante » (Paquette- Desjardins & Sauvé, 2008, p.20). De plus, cet article met en évidence le lien entre l'apprentissage de comportement de santé positif chez les soignants et leurs impacts bénéfiques sur leur promotion de la santé.

Article 5 : How Nurses Decide to Ambulate Hospitalized Older Adults: Development of a Conceptual Model							
Auteur (Année)	Design/ But de l'étude	Population Nb Echantillon	Intervention/ Méthode/ Instrument de mesure	Principaux résultats	Forces Intérêts	Limites	Cadre théorique/ Lien McGill
Barbara Doherty-King, Barbara Bowers (2011)	Etude qualitative Comment les infirmiers décident de faire marcher les patients âgés hospitalisés ? Niveau de preuve EBN= 2	Collecte des données : 2007-2009 N= 25 infirmiers au total Critère d'inclusion : infirmier travaillant dans 2 hôpitaux différents, unité de médecine et unité de chirurgie et s'occupant de patient de >65ans. 3 phases de l'étude : 1 ^{ère} phase : n=10 infirmiers sélection des infirmiers par flyer dans le premier hôpital. 2 ^{ème} phase : n= 10 infirmiers sélection par 3	1 ^{ère} : entretien non-directif sur les soins aux personnes âgées et la mobilisation (si le sujet était abordé par l'infirmier). 2 ^{ème} : entretien semi-directif en lien avec les types de mobilisations, ainsi que les raisons principales de mobiliser un patient. 3 ^{ème} phase : entretiens directs sur les raisons qui poussent chaque infirmier à prendre la décision de mobiliser ou non un patient.	1 ^{ère} phase : ils ont identifié la mobilisation comme une intervention importante, la marche n'est qu'une composante de la mobilité. 2 ^{ème} phase : 3 types de mobilisation : lit, fauteuil et marche. 3 ^{ème} phase : critères influençant la décision: - évaluations risques, bénéfices, sécurité - risques de blessures, - taille, poids, état cognitif du patient - expérience personnelle, confiance en soi - ressource matérielle et politique établissement La mobilité est vue comme un moyen et non comme un but en soi. La charge de travail change la priorité des soins pour l'infirmier.	Proposition : - expérience → confiance, donc mise en place de formation - Intervenir plus tôt → politique de l'établissement poussant à intervenir sur la mobilité précocement	Répartition des observateurs non-spécifiées. Les interviews ont été classées subjectivement afin de générer des catégories. Biais de sélections en phase 2, choix par infirmiers chefs. Uniquement interview et pas d'observation Cette étude étant qualitative, elle ne permet pas la généralisation des résultats à l'ensemble de la population, mais elle permet de mettre en lumière les processus	L'implication de la famille dans le processus de soins est un critère influençant favorablement la décision de mobiliser la personne âgée. En effet, selon McGill, l'infirmier et la personne famille s'inscrivent dans une relation de partenariat doivent œuvrer conjointement afin d'atteindre les objectifs de soins (Gottlieb & Feeley, 2006).

Article 5 : How Nurses Decide to Ambulate Hospitalized Older Adults: Development of a Conceptual Model							
Auteur (Année)	Design/ But de l'étude	Population Nb Echantillon	Intervention/ Méthode/ Instrument de mesure	Principaux résultats	Forces Intérêts	Limites	Cadre théorique/ Lien McGill
		<p>infirmiers chefs, qui ont sélectionnés 3 infirmiers qui font régulièrement marché leurs patients et 4 qui ne le font pas.</p> <p>3^{ème} phase : n=5 infirmiers sélectionnés dans les catégories très favorables à faire marcher les patients et dans celle très défavorables à la marche.</p>	Données analysées par 10 personnes, infirmiers et non-infirmiers.	<p>Les stratégies de mobilisation diffèrent selon la phase de l'hospitalisation : aigu → alitement pour tous les infirmiers rétablissement → phase où il y a les plus de différence entre les infirmiers sortie → souvent trop tard pour débiter la mobilisation</p> <p>Souvent les infirmiers attendent la dernière phase</p> <p>Autre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - implication différente si RAD vs autre structure - infirmier spécialisé ou présence et implication de la famille changent l'approche de l'infirmier <p>Raisons de mobilisation décrite par les infirmiers : prévenir les complications, monitorer la mobilisation, compliance infirmière</p>		décisionnels infirmiers.	

Article 6 : Mobility and Muscle Strength Contralateral to Hemiplegia from Stroke, benefit from Self-training with Family Support							
Auteur (Année)	Design/ But de l'étude	Population Nb Echantillon	Intervention/ Méthode/ Instrument de mesure	Principaux résultats	Forces Intérêts	Limites	Cadre théorique/ lien McGill
<p>Maeshima S., Ueyoshi A. et Al. (2003)</p> <p>Japon, publié dans le American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation</p>	<p>Etude quantitative de type interventionnel</p> <p>Déterminer si l'exercice du patient avec le soutien des membres de la famille maximise la mobilité et améliore la force musculaire du membre inférieur sain après un AVC.</p> <p>Niveau de preuve EBN = 2</p>	<p>60 patients avec AVC atteints d'hémi-parésie, hospitalisés en réhabilitation, d'un hôpital universitaire.</p> <p>Age : 44-85 ans, 34 Hommes, 26 femmes, 23 patients avec AVC hémorragiques, 37 patients avec AVC ischémiques, 42 lésions à droite, 18 lésions à gauche</p> <p>Exclusion : patient dément, dépendant à la marche avant AVC.</p> <p>Groupe contrôle : N= 18 personnes Groupe intervention : N= 42 personnes avec participation de la famille</p>	<p>Comparer la progression après 2sem. entre un groupe avec programme d'exercice conventionnel et un autre faisant participer la famille.</p> <p>Mesure à J0-J7-J14 du début de la rééducation</p> <p>Instrument :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mobilité : score Rivermead mobility index 2. Force : instrument isocinétique, %/N/kg à 60/sec°, 180°/sec <p>Analyse statistique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mann-Whitney U test - X2 - ANOVA 	<p>Aucune différence significative à J0.</p> <p>Mobilité : augmente dans groupe intervention. Significativité de l'intervention P<0,0001</p> <p>Force : augmente dans groupe intervention. Significativité de l'intervention P<0.05</p> <p>La force dans la jambe saine augmente la capacité à marcher.</p> <p>Durée d'hospitalisation : diminue non significativement dans groupe intervention</p> <p>RAD : GI= 31/42 patients GC=3/18 patients</p>	<p>Montre l'effet positif de l'implication de la famille dans le processus de soin et la réhabilitation du patient.</p> <p>Tests et analyses statistiques pertinents et outils adaptés pour Force et Mobilité.</p> <p>Echelles de mesures pour la force et la mobilité adaptées et reconnues.</p>	<p>Lien capacité marche/force : manque d'information sur les caractéristiques des deux groupes. Lien durée d'hospitalisation/ retour à domicile/ transfert : trop peu d'informations fournies pour que les données soient utilisables.</p>	<p>Approche systémique familiale mise en avant dans cet article, grâce à la participation active des différents membres de la famille des patients dans le processus de soins.</p>

3.3. Principaux résultats obtenus

Dans ce chapitre, les principaux résultats des six articles sélectionnés sont exposés. Ils sont classés selon les thèmes principaux ressortis lors de l'élaboration du tableau synoptique de présentation des résultats et les concepts majeurs présentés en première partie de ce travail.

3.3.1. Intervention infirmière sur la mobilité

Parmi les articles retenus, tous les auteurs mettent en évidence l'importance de la promotion de la mobilité. Les études d'épidémiologie présentées par Doherty-King & Bowers (2011) mettent l'accent sur la nécessité d'encourager les personnes âgées à se mobiliser, ainsi que l'utilité de planifier des interventions ciblées, car 72.9% des patients âgés considérés comme capable de marcher ne le font pas et 83% de leur temps est passé au lit.

Doherty-King et Bowers (2011) divisent l'hospitalisation en trois phases ; la phase aiguë, la phase de rétablissement et la phase de préparation du retour à domicile. Il est rapporté que les interventions sur la mobilité sont principalement concentrées durant la dernière phase, ce qui limite l'efficacité de l'intervention.

Trois des études retenues ont proposé ou analysé des programmes spécifiques de mobilité, dont deux ciblées sur les personnes âgées. Killey et Watt (2006) ont établi, dans leur étude quantitative, qu'un programme de deux marches quotidiennes, en plus de l'activité physique normale du patient âgé hospitalisé, augmente sa mobilité et son indépendance fonctionnelle en seulement une semaine. Dans le groupe contrôle, le score moyen obtenu avec l'échelle de Barthel varie de 58.07 à 55.18 entre J0 et J7. Dans le groupe intervention, le score moyen augmente de façon significative, passant de 59.19 à 70.81.

La revue de littérature proposée par Kneafsey (2007) appuie ces résultats et fait ressortir l'importance de la promotion et de la mise en place de structures et de programmes adaptés favorisant la mobilité de la personne âgée hospitalisée (N=33). Maeshima et al. (2003) s'appuie sur le principe de promotion de la santé en prodiguant un enseignement thérapeutique aux familles des patients ayant eu un accident vasculaire cérébral. Les familles sont alors capables de répéter le programme de réhabilitation plusieurs fois par jour. L'amélioration de la force musculaire et de la mobilité est significative chez les patients ayant eu l'intervention de leur famille.

3.3.2. Connaissances gériatriques et expérience du professionnel

Comme abordé lors de l'introduction de ce travail, les personnes âgées représentent le plus grand nombre d'hospitalisations, les plus longs séjours et également les plus coûteux (OFS, 2015). De plus, comme présenté dans les études retenues par Doherty-King et Bowers (2011), il s'agit de la population la plus vulnérable. En effet, ceux-ci peuvent présenter des pertes de mobilité après seulement deux jours d'hospitalisation. Parmi ces personnes, 67% n'auront pas récupéré avant leur sortie et 27% seront encore dépendants à la marche trois mois après la fin de leur hospitalisation (Doherty-King & Bowers, 2011).

Parmi les articles retenus pour ce travail, une revue systématique et deux études qualitatives présentent des résultats concernant les connaissances infirmières spécifiques au domaine de la gériatrie.

La revue de littérature, présentée par Kneafsey (2007), met en avant l'importance des connaissances gériatriques des infirmiers. En effet, des connaissances spécifiques permettent d'améliorer la prise en soins, en fournissant des interventions ciblées, diminuant ainsi l'impact négatif d'une hospitalisation sur la population âgée (Kneafsey, 2007, p.332).

Une étude qualitative menée par Kneafsey et al. en 2013, expose qu'un manque de formation spécifique des infirmiers a des répercussions sur la mobilité du patient. En effet, il est montré dans cette étude que les infirmiers qui mobilisent le moins le patient ont une vision axée sur sa sécurité, où le physiothérapeute est le répondant principal pour la mobilité. L'infirmier perçoit alors la mobilité comme un moyen de réaliser ses actes et non comme une finalité du programme thérapeutique (Kneafsey, Clifford & Greenfield, 2013, pp.1625-1626).

Finalement, l'étude qualitative menée par Doherty-King et Bowers en 2011 analyse le processus décisionnel de l'infirmier visant à mobiliser le patient. Les entretiens et observations menés lors de cette étude mettent en lumière un nombre important de facteurs influençant cette décision, parmi lesquels apparaissent les connaissances spécifiques et l'expérience de l'infirmier. Il est présenté que les infirmiers possédant davantage de connaissances et d'expérience en gériatrie sont ceux les plus enclins à mobiliser leur patient. La sécurité du patient est également présentée comme un frein à la mobilisation, toutefois lorsque l'infirmier possède les connaissances et l'expérience nécessaires, sa perception de la sécurité en sera modifiée positivement (Doherty-King, 2011, p.332).

3.3.3. Interprofessionnalité

De par sa position centrale, l'infirmier est au cœur de la prise en soins interdisciplinaire. Son rôle est alors de coordonner les interventions des différents professionnels et garantir la bonne transmission des informations auprès de tous les intervenants, du patient et de sa famille (Ledergerber, Mondoux & Sottas, 2009).

La notion d'interprofessionnalité est présente dans trois des études analysées pour ce travail. Les observations et interviews réalisées durant l'étude qualitative menée par Kneafsey, en 2013, exposent que l'infirmier délègue la mobilisation au physiothérapeute lorsqu'il la juge complexe, par manque d'expérience ou de connaissances. De plus, il est relaté que le physiothérapeute effectue une évaluation fonctionnelle du patient, afin d'établir un plan de réhabilitation, mais ne transmet pas ce plan à l'équipe interdisciplinaire. Ces deux phénomènes entravent donc l'implication de l'équipe dans le programme de réhabilitation. Ce manque de communication apparaît aussi auprès des aides-soignants. En effet, l'étude a observé qu'ils mobilisent davantage les patients, mais ils ne participent pas au colloque interdisciplinaire concernant la mobilité (Kneafsey, Clifford & Greenfield, 2013, pp.1622-1623).

3.3.4. Contexte politique de l'établissement

Dans les interviews effectuées par Kneafsey, Clifford et Grennfield (2013), les infirmiers mettent en perspective les conditions de travail et pointent du doigt un manque de temps et de personnel ne permettant pas une réelle implication dans le programme de réhabilitation, car les soins techniques sont priorisés. Il a été observé qu'avec une contrainte horaire moins importante, l'infirmier prend plus d'initiatives et va prendre le rôle de leader dans le programme de réhabilitation du patient (p.1625).

Kneafsey (2007) fait ressortir de sa revue de littérature que les unités avec une politique axée sur la gériatrie proposent des structures et des programmes de mobilité plus adaptés aux personnes âgées, favorisant ainsi l'indépendance fonctionnelle du patient.

Finalement, selon Doherty-King et Bowers (2011), la politique des établissements va également limiter les interventions infirmières en matière de mobilité. En effet, celle-ci met l'accent sur la sécurité du patient et des employés, mais reste ambiguë quant à la mobilisation des patients.

3.3.5. Approche systémique familiale

Cette revue a pour cadre théorique le modèle de McGill. Celui-ci souligne l'importance de l'implication familiale dans le programme thérapeutique (Gottlieb & Rowat, 1987). Il est de la responsabilité des soignants de favoriser l'intégration du proche aidant dans la prise en soins du patient (Paquettes-Desjardins & Sauvé, 2008). Deux des six études retenues pour l'analyse mettent en avant une prise en soins s'appuyant sur la systématique familiale.

Doherty-King et Bowers (2011) ont, au travers d'entretiens avec le personnel soignant, analysé le processus décisionnel suivi par l'infirmier lorsque celui-ci prend la décision de mobiliser ou non un patient âgé hospitalisé. Un nombre important de facteurs est ressortit de cette étude qualitative, parmi lesquelles, la présence de la famille lors de la mobilisation du patient, sa participation à stimuler le patient à se mobiliser et également les croyances de la famille concernant la récupération fonctionnelle du patient. Ces facteurs vont influencer positivement la décision de l'infirmier et favoriser la mobilisation de la personne âgée hospitalisée.

Maeshima et al. (2003) évalue les résultats obtenus en réhabilitation post-AVC en comparant un groupe s'exerçant avec la famille et un groupe contrôle suivant une réhabilitation classique. Les médecins de l'unité mettent en place un enseignement thérapeutique afin d'apprendre le programme de réhabilitation et ses différents exercices aux membres de la famille. Les membres de la famille peuvent ainsi travailler avec leurs proches hospitalisés durant leurs visites et les pousser à se mobiliser. Après deux semaines, il est mis en évidence que les résultats sont meilleurs dans le groupe travaillant avec la participation de la famille que dans le groupe contrôle.

3.3.6. Comportements de santé positifs du soignant

La revue systématique proposée par Suan et al. (2011) cherche un lien entre l'activité physique des soignants et leur promotion de la mobilité auprès des patients. Après l'analyse des 13 articles retenus, il en ressort que les soignants qui pratiquent eux-mêmes une activité physique régulière sont les plus enclins à assumer le rôle de promoteur de la santé en matière de mobilité auprès de leurs patients. Les différents articles analysés portent uniquement sur les infirmiers et les médecins. L'importance de la promotion de la mobilité est mise en avant pour les deux professions. Toutefois, l'infirmier reste celui qui revêt le plus fréquemment le rôle de promoteur de la santé et dans ce cas précis de la mobilité, auprès des patients.

4. Discussion

Dans cette section, les résultats principaux et limites sont discutés et critiqués à la lumière des fiches de lectures d'analyse consultables en annexe (cf. annexe II). La discussion est construite autour des mêmes thématiques principales que le chapitre 3. Résultats. De plus, les recommandations tirées des articles analysés et de nouvelles pistes de réflexions sont également exposées.

4.1. Intervention infirmière sur la mobilité

Selon le cadre théorique retenu pour cette revue de littérature, le rôle infirmier est de transmettre son savoir au patient et à ses proches, ainsi que de créer un environnement favorable à l'apprentissage de comportements de santé positifs. En effet, chaque individu est motivé à atteindre un meilleur niveau de santé. Ces propos sont appuyés par les postulats suivants du modèle de McGill : « les individus, les familles et la communauté aspirent à une meilleure santé et sont motivés à y parvenir ; les soins infirmiers constituent la ressource de santé principale pour les familles et la communauté » (Pasquettes-Desjardins & Sauvé, 2008, p.20). Cette motivation sert d'assise à l'éducation thérapeutique infirmière. Selon l'OMS (1998), l'éducation thérapeutique a comme but premier d'apporter des connaissances au patient, lui permettant alors d'acquérir les compétences nécessaires à la bonne gestion de son état de santé au quotidien.

Les articles retenus pour l'analyse relatent l'importance de la promotion de la mobilité chez la personne âgée. L'implication infirmière dans la promotion de la mobilité semble être à l'origine de résultats positifs chez les personnes âgées. L'étude menée par Killey et Watt en 2006 met en évidence les effets positifs de deux marches quotidiennes chez des patients âgés. Malgré un échantillon de faible envergure, celui-ci reste toutefois statistiquement représentatif. Le score obtenu à l'aide de l'échelle de Barthel, mesurant la mobilité et la fonctionnalité, augmente de façon significative après la mise en place du programme de marche dans le groupe intervention. Les résultats de ce score peuvent toutefois être fortement influencés par une augmentation de la distance de marche sans pour autant qu'il y ait une réelle amélioration en matière d'indépendance fonctionnelle.

Selon les recommandations en matière d'activité physique de l'OMS mises à jour en 2016, les personnes âgées de plus de 65 ans devraient entreprendre 150 minutes d'activité physique d'intensité modérée ou 75 minutes d'intensité soutenue par semaine. De plus, les personnes souffrant de problèmes de mobilité devraient

s'exercer au moins trois fois dans la semaine au travers d'exercices visant à améliorer l'équilibre et à prévenir les chutes. Les principaux groupes musculaires devraient être travaillés et renforcés au moins deux fois par semaine. En ce qui concerne les personnes âgées qui se trouvent, en raison d'un problème de santé ou autre, dans l'impossibilité de mener à bien ces recommandations minimales, elles doivent se mobiliser autant que possible en fonction de leur état de santé.

Il est donc important de promouvoir la mobilité chez les personnes âgées hospitalisées, au travers de programmes et d'interventions infirmières adaptées. La mise en place d'enseignements thérapeutiques devrait être en adéquation avec les objectifs OMS et les capacités propres à l'individu et sa famille. L'enseignement thérapeutique mis en place devrait également comprendre une explication de l'importance de la mobilité et des nombreuses complications qui pourraient découler de la détérioration de celle-ci. De plus, un travail sur la confiance en soi chez le patient permettrait de renforcer le sentiment de sécurité de celui-ci et ainsi travailler sur sa motivation à se mobiliser. Ces enseignements ne devraient pas se limiter uniquement aux patients et leur famille, mais également au personnel soignant.

Dans le but d'évaluer ces interventions, l'utilisation d'une échelle de mesure, telle que la Barthel Scale et la SEE-Scale, à l'admission puis de façon régulière, permettrait un suivi objectif de la mobilité et de la motivation du patient.

4.2. Connaissances gériatriques et expérience du professionnel

Le domaine de soins de la gériatrie est le champ d'exercice consacré à la prise en soins spécifique des personnes âgées. Comme vu dans l'introduction de ce travail, les personnes âgées représentent le plus grand nombre d'hospitalisation dans les lieux de soins. De plus, ils sont également une population plus à risque en matière de santé et sont plus vulnérables (OFS, 2015). Afin d'optimiser la prise en soins et de la rendre plus pertinente et efficace, les interventions de l'équipe soignante devraient être spécifiques et adaptées à la personne âgée.

En effet, trois des six études retenues dans le cadre de ce travail mettent l'accent sur les connaissances infirmières spécifiques à la gériatrie et l'expérience de l'infirmier dans ce champ d'exercice. Dans sa revue de 2007, Kneafsey cherche à mettre en évidence les apports de l'infirmier lors de la prise en soins des personnes âgées en unité de réhabilitation. Après avoir passé en revue 49 articles, elle conclue que les infirmiers présentant les plus larges connaissances en gériatrie ainsi qu'une

expérience importante sont ceux les plus enclins à mobiliser les patients âgés. En 2013, Kneafsey met cette fois-ci sur pied une étude qualitative qui cherche à déterminer l'implication de l'équipe infirmière dans le maintien ou l'amélioration de la mobilité des patients âgés. Les conclusions sont similaires à sa revue de littérature et semblent mettre en avant le fait que les connaissances infirmières spécifiques permettent à l'infirmier de plus s'impliquer dans le maintien et l'amélioration de la mobilité de la personne âgée. Finalement, Doherty-King et Bowers (2011), lors de leur étude qualitative, tentent de faire ressortir les connaissances gériatriques et l'expérience du professionnel comme des facteurs influant sur la décision de mobiliser ou non une personne âgée hospitalisée.

Les connaissances gériatriques spécifiques chez les infirmiers font l'objet d'une formation complémentaire. En effet, les Hôpitaux universitaires de Genève, en partenariat avec la haute Ecole de Santé Genève proposent des formations qui font de l'infirmier un véritable spécialiste dans la prise en charge des personnes âgées (HEdS, 2016). Peut-être est-il possible d'imaginer qu'un de ces infirmiers pourrait un jour se trouver dans chacune des unités de soins afin de servir de référent au reste de l'équipe soignante ? La spécialisation des infirmiers améliorera-t-elle la prise en charge des personnes âgées en lien avec leur mobilité ?

4.3. Interprofessionnalité

L'interprofessionnalité vise la participation active de toutes les professions à la prise en soins. Les différents professionnels participent et échangent lors de colloques suivant leur domaine d'expertise afin d'enrichir les connaissances des autres professionnels et de rendre la prise en soins spécifique et optimale.

Trois études retenues dans cette revue de littérature abordent ce sujet. Lors de son étude qualitative, Kneafsey (2013) cherche à mettre en évidence que le manque de communication entre les différents soignants participants à la prise en soins, principalement les infirmiers et les physiothérapeutes, a des répercussions négatives sur la personne âgée hospitalisée. Lors des différents entretiens menés et de l'observation mise en place dans les unités de soins, une absence de communication concernant la mobilité du patient est pointée du doigt. Cela aurait comme conséquence un désinvestissement de l'équipe infirmière du programme de réhabilitation du patient, qui serait alors entièrement abandonné au physiothérapeute et diminuerait par conséquent la mobilisation du patient. Doherty-King et Bowers (2011) peinent à faire ressortir les contraintes horaires et le manque de personnel chez les infirmiers comme les facteurs principaux influant sur l'implication infirmière dans la réhabilitation du

patient. En effet, ceux-ci vont déléguer la marche au physiothérapeute afin de prioriser les soins techniques qu'ils doivent réaliser. Il semblerait que lorsqu'ils le peuvent, les infirmiers s'impliquent de façon active dans la mobilisation du patient, collaborent activement avec les physiothérapeutes et améliorent ainsi les résultats en matière de mobilité et fonctionnalité chez les personnes âgées. Finalement, il est important de parler de la famille. En effet, le cadre théorique de ce travail étant basé sur le modèle de McGill, il faut également considérer la famille et le patient comme des partenaires de soins à part entière. L'étude menée par Maeshima et al. en 2003 semble démontrer que lors d'une rééducation post accident vasculaire cérébral, les patients effectuant leurs exercices de réhabilitation avec la participation et l'implication de leur famille obtiennent de meilleurs résultats après seulement deux semaines en matière de force musculaire et de mobilité fonctionnelle. Bien que l'échantillonnage ne soit pas de grande envergure, la différence entre les résultats paraît être significative.

À la lumière de ces études, il semble donc possible de mettre en avant que la collaboration entre les différents professionnels de la santé est de la plus grande importance. Il faut toutefois souligner le fait que la communication entre les professionnels n'est pas encore optimale, perturbant ainsi le programme thérapeutique. La communication interprofessionnelle doit être améliorée. Peut-être que des professionnels plus bavards amélioreraient la mobilité des personnes âgées ?

4.4. Contexte politique de l'établissement

Comme décrit dans les résultats des différents articles analysés, la politique d'établissement jouerait un rôle prépondérant dans la prise d'initiative infirmière. En effet, la sécurité du patient semble être priorisée dans les lieux de soins. Les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), par exemple, définissent la qualité des soins à travers six dimensions :

1. Sécurité des soins : mesurer et réduire les risques liés aux soins, par exemple les risques d'infections et de maladies nosocomiales
2. Efficience : bonne utilisation des ressources, des compétences et des équipements
3. Efficacité : notamment par la mise en place d'itinéraires cliniques définissant de manière détaillée les étapes de prise en charge d'un patient pour une pathologie ou une intervention spécifique.
4. Equité : garantir à tous les patients sans distinction des soins de qualité
5. Notion de patient partenaire : prodiguer des soins respectueux de la personne, de ses préférences, de ses besoins et de ses valeurs.

6. Respect des délais : réduire les temps d'attente pour les patients
(HUG, 2016).

Tout comme présenté dans les articles de Kneafsey (2013) et Doherty-King (2011), la notion de sécurité est la première spécifiée par la politique des établissements. L'infirmier développerait alors une vision centrée sur les risques encourus par le patient lors de la mobilisation et non sur ses ressources. Ces deux études étaient réalisées dans uniquement deux établissements. Les politiques d'établissement pouvant être différentes d'un établissement à l'autre, ces résultats sont alors difficilement généralisables. Néanmoins, il est intéressant de les étudier dans chaque institution, afin de générer une politique plus propice à la promotion de la mobilité. La politique de santé des HUG aborde la « Notion de patient partenaire » (HUG, 2016) comme moyens d'amélioration de la qualité des soins. Il serait intéressant de développer davantage ce concept chez les soignants, leur permettant ainsi d'axer leurs prises en soins sur les ressources du patient et non sur ses déficiences.

4.5. Approche systémique familiale

L'approche systémique permet d'avoir une vision holistique de la personne prise en soins. Lorsque l'approche systémique est centrée sur l'entité personne-famille, elle rejoint parfaitement le cadre théorique du modèle de McGill. L'infirmier ne prendra pas uniquement en considération les besoins spécifiques des patients, mais cherchera à développer une prise en soins adaptée aux besoins et aux volontés du patient, en partenariat avec la famille de la personne âgée, lorsque cela est possible et souhaité par les deux parties.

L'étude réalisée par Doherty-King et Bower (2011) auprès de 25 infirmiers a tenté de mettre en évidence différents facteurs influençant positivement la prise de décision. Cette étude étant qualitative, elle ne permet pas la généralisation des résultats à l'ensemble de la population, mais elle cherche à éclaircir le processus décisionnel infirmier concernant la mobilisation. Comme énoncé dans les résultats, le concept d'implication familiale est souligné par les professionnels infirmiers comme étant un point décisif quant au choix de mobiliser un patient. Toujours dans cette optique d'approche du soin basé sur la systémique familiale, l'étude réalisée par Maeshima et al. (2003) met en évidence les bénéfices obtenus grâce à l'implication des proches dans le programme de prise en soins. En effet, malgré le faible échantillon retenu pour l'étude, les résultats statistiques démontrent de façon significative, que lors d'une rééducation post-AVC, les patients qui complètent le programme de réhabilitation avec le soutien et l'aide de leur famille améliorent très nettement leur force et leur mobilité

fonctionnelle. De plus, cette amélioration a pu être constatée après seulement deux semaines d'intervention (Maeshima & al., 2003, p.460).

Ces deux études permettent de souligner l'importance d'une approche centrée sur l'entité personne-famille. Il est donc important pour l'infirmier d'inclure la famille dans le programme thérapeutique en encourageant les familles à mobiliser leurs proches. L'infirmier et la famille devraient donc travailler conjointement pour développer un véritable partenariat, et ainsi, obtenir de meilleurs résultats dans les prises en soins.

4.6. Comportements de santé positifs du soignant

Selon le modèle de McGill « la santé d'une nation est sa ressource la plus importante » (Potter & Perry, 2005). Bien que la revue systématique réalisée par Suan et al., se base sur un nombre restreint d'articles avec de faibles niveaux de preuve, la majorité des articles tendent à démontrer un lien positif entre l'activité physique propre au soignant et son implication dans la promotion de la mobilité.

Il est donc possible d'imaginer que, dans le but d'améliorer la prise en soins infirmière concernant la mobilité, cela passe d'abord par une promotion de la mobilité auprès des soignants. De plus, les recommandations mondiales de l'OMS (2016) concernant l'activité physique préconisent que chaque personne devrait entreprendre une activité physique adaptée à son âge de façon régulière. Chez les adultes de 18 à 64 ans, 300 minutes d'activité physique d'intensité modérée ou 150 minutes d'activité soutenue par semaine sont recommandées. Les sessions d'activité soutenue devraient être de 10 minutes minimum (OMS, 2016). Cela contribuerait, avec d'autres facteurs, à maintenir une bonne santé dans la population. Une politique d'établissement mettant l'accent sur la promotion de la mobilité chez les soignants, avec par exemple des activités physiques organisées ponctuellement et adaptées à tous les niveaux permettrait de développer ces comportements de santé positifs chez les professionnels, afin qu'ils soient plus enclins à les transmettre lors de leurs prises en soins. Faire bouger les soignants ferait-il bouger davantage les patients ?

4.7. Apports et limites des études

Aucun filtre n'a été appliqué lors de la recherche concernant le lieu de l'étude. Les différents articles retenus ont été réalisés en Angleterre, Australie, Chine, Japon et Etats Unis. Il est alors possible de se questionner quant à l'applicabilité des résultats au système de santé suisse. Cependant, l'étude réalisée au Japon incluant la famille dans la rééducation post accident vasculaire cérébrale est en lien direct avec le cadre théorique retenu pour cette revue. En effet, la tradition Japonaise prône l'implication

familiale dans la prise en soins des aînés (Abe, 2010). Cette prise en soins incluant la systémique familiale est un axe central du modèle conceptuel de McGill. Toujours concernant le cadre retenu pour cette revue, le choix du modèle de McGill a pu être discuté pour chaque article. Les liens ont été mis en évidence sur les grilles d'analyse au chapitre 3.2. Bien que les différentes études retenues ne se soient pas appuyées sur le même cadre de référence que ce travail, des liens entre l'apprentissage de comportements de santé positifs et promotion de la santé ont pu être exposés. L'approche systémique et la motivation du patient et de sa famille à améliorer leur santé sont elles aussi présentes dans plusieurs articles.

Bien que dans certaines études, l'échantillon restreint est présenté comme une limite, il est nécessaire de replacer ces articles dans leur contexte. En effet, le but d'une étude qualitative est de comprendre des comportements sociaux. La qualité des données recueillies prime alors sur la taille de l'échantillon. L'étude qualitative est une première étape nécessaire à la connaissance d'un phénomène, elle doit être par la suite complétée par une étude quantitative, soumise à la loi des grands nombres. Les différentes équations de recherche ont permis de sélectionner plusieurs types d'articles. Trois études qualitatives ont été retenues, un essai randomisé contrôlé et deux revues systémiques. Les niveaux de preuves Evidence Based Nursing pour la sélection des articles étaient de niveau élevé, entre un et deux (cf. Annexe I et II).

5. Conclusion et positionnement personnel

5.1. Réponse à la recherche

Le but initial de cette revue de la littérature était de mettre en évidence les interventions infirmières pouvant influencer positivement la mobilité chez les personnes âgées hospitalisées en unité de soins aigus, en s'appuyant sur le modèle de McGill.

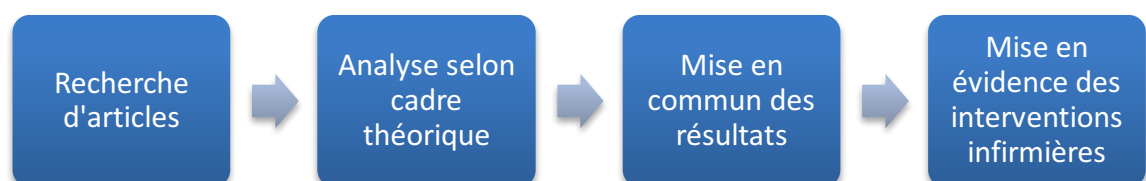


Figure 3: résumé du cheminement de la recherche effectuée

En effet, les différents résultats proposent des interventions telles que la promotion de la mobilité, la mise en place de programmes de mobilité adaptés aux personnes âgées, l'amélioration des connaissances gériatriques au sein de l'équipe infirmière, une prise en soins interdisciplinaire de la personne âgée, des échelles permettant d'évaluer et surveiller la mobilité et finalement l'inclusion dans le processus de soins des proches aidants. Toutes ses interventions conjuguées participent au maintien et à l'amélioration de la mobilité chez la personne âgée hospitalisée et favorisent ainsi le maintien d'une indépendance fonctionnelle nécessaire chez cette population. Les critères d'exclusion des articles ont été mis en place afin d'éviter au maximum les biais d'échantillonnage. Les limites principales de cette revue sont liées au choix du modèle théorique.

5.2. Choix du cadre théorique

En effet, le cadre théorique de Moyra Allen a peut-être restreint le nombre d'articles obtenus lors de la recherche. Les articles retenus pour la lecture et l'analyse critique ne mettent pas le cadre théorique de McGill en évidence de façon explicite. Toutefois, après lecture et appropriation du modèle, il est possible de faire ressortir des composantes de celui-ci dans chacun des articles de cette revue. Par exemple, deux des six études retenues pour l'analyse mettent en lien les résultats obtenus lors de la mobilisation et la participation de la famille à la prise en soins, sans pour autant que la recherche s'appuie sur le cadre théorique de McGill.

Finalement, il est vrai que le modèle de Moyra Allen est plus conventionnellement appliqué dans le domaine de la pédiatrie. Peut-être qu'un autre modèle théorique se serait avéré plus adapté à la recherche menée, tel que le modèle de Watson. En effet, les notions de caring avec ses 10 Caritas auraient développé une vision plus axée sur la personne âgée. Néanmoins, après rédaction de cette revue, l'approche systémique familiale mise en avant dans ledit modèle propose une vision différente de celle habituelle, permettant une approche alternative à la prise en soins de la personne âgée. De plus, ce modèle encourageant le développement de comportements de santé positifs en interaction avec l'environnement et la famille permet de renfoncer le rôle infirmier de promoteur de la santé.

5.3. Applicabilité

Les résultats obtenus suite à la recherche mettent en avant différentes interventions favorisant la mobilité chez les aînés hospitalisés en soins aigus. Il faut néanmoins s'interroger quant à l'applicabilité des résultats obtenus dans le système de santé genevois. En effet, une approche systémique familiale, comme celle proposée par

Maeshima et al. (2003), dans laquelle la famille devient soignant, semble difficilement applicable au sein de la société genevoise. Il est nécessaire d'impliquer la famille dans la prise en soins, sans pour autant la surcharger et provoquer l'épuisement de cette ressource primordiale que sont les proches aidants. De plus, cette approche n'est pas applicable à l'ensemble des familles pour plusieurs raisons : une contrainte de temps, des difficultés au sein de la famille ou l'absence de proches. Il est aussi important d'évaluer régulièrement le risque d'épuisement du proche aidant et de prendre en considération leur volonté de s'impliquer ou non dans la prise en soins, tout en respectant leur choix.

Un autre aspect qu'il faut inclure dans la pratique est celui de la promotion de la mobilité. En effet, de nombreux articles mettent en avant le manque d'implication des infirmiers dans la mobilisation de la personne âgée et un manque de promotion de l'activité physique auprès de cette population. Toujours dans le cadre de la politique de santé actuelle, il est important de sensibiliser les équipes soignantes aux différents bénéfices apportés par la mobilisation chez la population âgée. Comme proposé dans la discussion, l'ouverture de cours proposant des activités physiques pour les soignants favoriserait leur implication dans la promotion de la mobilité des personnes âgées prises en soins. Actuellement, il existe des groupes de sport au sein des HUG, toutefois ceux-ci ne sont pas adaptés aux besoins de l'ensemble du personnel soignant et restent peu visibles au sein de l'institution. La mise en évidence de ces groupes ainsi que la création d'activités accessibles et adaptées à l'ensemble du personnel semblent être des objectifs réalisables.

5.4. Pistes de réflexions

Pour conclure, cette revue est principalement basée sur des études qualitatives. Il serait donc intéressant de développer une étude de type quantitatif à grande échelle afin de vérifier, par la loi des grands nombres, les différents résultats proposés dans cette revue. L'étude devrait être menée au sein de plusieurs institutions, dans différentes unités de soins aigus. La mobilité des patients devrait être évaluée dès leur arrivée à l'aide de la Barthel Scale et surveillée à intervalle régulier à l'aide de ce même outil. De plus, la famille devrait être incluse dans le groupe intervention afin de vérifier les biens faits de l'implication de celle-ci, tout en évaluant leur ressenti et le risque d'épuisement tout au long de l'intervention. Finalement, les soignants prenant part à l'étude devraient eux-aussi remplir les critères d'activités physiques énoncés par l'OMS dans ses recommandations (cf. chapitre 4.6). Il est évident que la mise sur pied d'une telle étude est délicate, toutefois les résultats qui seraient obtenus pourraient

permettre une importante évolution au sein du système de santé et de la prise en soins des personnes âgées.

6. Références

6.1. Références bibliographiques

- Abe, A. (2010). *The Changing Shape of the Care Diamond: The Case of Child and Elderly Care in Japan*. Genève : United Nations of Research Institute for Social Development. Accès [http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/httpNetITFramePDF?ReadForm&parentunid=628267596A6E8AACC125774400502069&parentdoctype=paper&netitpath=80256B3C005BCCF9/\(httpAuxPages\)/628267596A6E8AACC125774400502069/\\$file/Abe.pdf](http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/httpNetITFramePDF?ReadForm&parentunid=628267596A6E8AACC125774400502069&parentdoctype=paper&netitpath=80256B3C005BCCF9/(httpAuxPages)/628267596A6E8AACC125774400502069/$file/Abe.pdf)
- DisCenso, A., Guyatt, G. & Ciliska, D. (2005). *Evidence-based Nursing: A Guide to Clinical Practice*. (S.I) : Elsevier Health Sciences
- Doherty-King, B., Bowers, B. (2011) How nurses decide to ambulate hospitalized older adults: Development of a conceptual model. *Gerontologist*, 51(6), 786-797.
- Evidence-Based Clinical Practice. (2016). *Index of/Scale/Autonomia/Barthel Index*. Accès <http://www.evidencebasednursing.it/Scale/Autonomia/Barthel%20Index/>
- Gottlieb, L-N. & Feeley, N. (2006). *The collaborative partnership approach to care. A delicate balance*. Montréal : Mosby Elsevier.
- Gottlieb, L-N. & Rowat, K. (1987). The McGill model of nursing: a practice-derived model. *Advances in nursing sciences*. 9(4), 51-61.
- Haute Ecole de Santé. (2016). *Formations Postgrades*. Accès <https://www.hesge.ch/heds/fc/postgrades/cas>
- Hôpitaux Universitaire de Genève. (2016). Qualité. Accès <http://www.hug-ge.ch/qualite>
- Höpflin, F. (2015) *Le grand âge : évolution démographique, état de santé et comportements sociaux*. Accès https://www.pro-senectute.ch/data/553/debat01_04-12.pdf
- Institut universitaire de gériatrie de Montréal. (2012). *Syndrome d'immobilisation*. Accès <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-830-02W.pdf>
- Killey, B. & Watt, E. (2006) The effect of extra walking on the mobility, independence and exercise self-efficacy of elderly hospital inpatients: A pilot study. *Contemporary Nurse*, 22(1), 120-133. Doi : 10.5172/conu.2006.22.1.120

- Kneafsey, R. (2007) A systematic revue of nursing contributions to mobility rehabilitations: examining the quality and content of the evidence. *Journal of Clinical Nursing*, 16(11C), 325-400.
- Kneafsey, R., Clifford, C., Greenfield, S. (2013) What is the nursing team involvement in maintaining and promoting the mobility of older adults in hospital? A grounded theory. *International Journal of Nursinf Studies*, 50(12), 1617-1629.
- Lafrenière, S. & Dupras, A. (2008). La personne âgée. *Le journal des soins infirmiers du CHUM*, 8(3), 1-16.
- Larousse. (2016). *Dictionnaire de français*. Accès <http://www.larousse.fr/dictionnaires>
- Le Collège National des Enseignants de Gériatrie. (2000). *Syndrome d'immobilisation*. Accès <http://www.fmp-usmba.ac.ma/umvf/UMVFmiroir/campus-numeriques/e-senior/COURS/College/09-SyndromeImmobilisation.pdf>
- Maeshima S., Ueyoshi A., Osawa, A., Ishida, K., Kunimoto, K., Shimamoto, Y., Matsumoto, T., Yoshida, M. (2003). Mobility and Muscle Strength contralateral to Hemiplegia from Stroke, benefit from Self-training with Family Support. *American Journal of Physical and Rehabilitation*, 82(6), 456-462. Doi : 10.1097/01.PHM.0000069195.87219.EO
- Maslow, A. (1989). *Vers une psychologie de l'être*. Paris : Fayard
- Morin, J. & Leduc, Y. (2004). Lève-toi et marche !. *Le Médecin du Québec*. 39(6), 89-94. Accès <http://lemedecinquebec.org/Media/82344/089-094Morin0604.pdf>
- Office Fédéral de la Statistique. (2015). *Hôpitaux – Indicateurs : Hospitalisation, Nombre de cas et de patients, durée de séjour en 2013*. Accès <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/04/01/key/inanspruchnahme.print.html>
- OFS. (2010). *Les scénarios de l'évolution de la population de la Suisse 2010-2060*. Accès <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/03/blank/key/intro.html>
- OFS. (2011). *Coûts de prises en charge hospitalière 2011*. Accès <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/03/01/dos/03.html>
- OFS. (2014). *Coût, financement : données, indicateurs*. Accès <http://www.bfs.admin.ch/bfs/>

portal/fr/index/themen/14/05/blank/key/ueberblick.print.html

Organisation Mondiale de la Santé. (2015). *Vieillissement*. Accès <http://www.who.int/topics/ageing/fr/>

OMS. (1998). *Education Thérapeutique du Patient*. Accès http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf

OMS. (2016). *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé*. Accès http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/fr/

Paquette-Desjardins, D. & Sauvé, J. (2008). *Modèle conceptuel et démarche clinique*. Montréal : Beauchemin.

Pawson, R., Boaz, A., Grayson, L., Long, A. & Barnes, C. (2003). *Types and quality of social care knowledge Stage two : toward the quality assessment of social care knowledge*. Accès <https://www.kcl.ac.uk/sspp/departments/politiceconomy/research/cep/pubs/papers/assets/wp18.pdf>

Pepin, J., Kérouac, S. & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3^e éd.). Montréal : Chenelière Education.

Potter, P-A. & Perry, A-G. (2005). *Soins infirmiers* (2^e éd). Montréal : Beauchemin.

Ramousse, R., Le Berre, M. & Le Guelte, L. (1996). *Introduction aux statistiques*. (S.l.) : (s.n.)

Rehabilitation Measures Database. (2010). *The Rivermead Mobility Index*. Accès <http://www.rehabmeasures.org/PDF%20Library/Rivermead%20Mobility%20Index.pdf>

Resnick, B., & Jenkins, L-S. (2000). Testing the Reliability and Validity of the Self-Efficacy for Exercise Scale. *Nursing Research*, 49(3), 154-159.

Suan, F., Norman, I.J., While, A. (2011). The relationship between physicians' and nurses' personal physical activity habits and their health promotion practice. *Health Education Journal*, 72(1), 102-119.

6.2. Liste bibliographique

- Association suisse des infirmiers et infirmières. (2004). *Financement des soins*. Accès http://www.hplus.ch/fileadmin/user_upload/H__Politik/Positionen/franzoesisch/Financement_des_soins_mod%C3%A8le_des_fournisseurs.pdf
- Association vaudoise d'aide et de soins à domicile. (2012). *Évaluation de la charge et des besoins des proches aidants*. Accès http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante_social/aide_domicile/Proc_hesAidants/SASH_AVASAD_Rapport_Besoins_des_proches_2012.pdf
- Cudennec, T., (2011). *Une mobilisation précoce lors d'une hospitalisation permet de limiter le risque de dépendance*. Accès <http://www.saging.com/articles/une-mobilisation-precoc-lors-dune-hospitalisation-permet-de-limiter-le-risque-de-dependance>
- Hoogerduijn, J. G., Schuurmans, M. J., Duijnste, M. S., de Rooij, S. E., & Grypdonck, M. F. (2007). A systematic review of predictors and screening instruments to identify older hospitalized patients at risk for functional decline. *Journal of Clinical Nursing*, 16(1), 46-57. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01579.x>
- Mias, L. (2001). *Besoins : Maslow, Henderson, Soins*. Accès <http://papidoc.chic-cm.fr/573MaslowBesoins.html>
- Moulias, R. & Moulias, S. (2007). *Abord clinique du malade âgé*. Paris : Springer
- SantéSuisse. (2015). Communiqué. *Genève : Faible baisse des coûts en 2006*. Accès <https://www.santesuisse.ch/datasheets/files/200709170902000.pdf>
- Senior Friendly Hospitals. (2014). *Functional Decline*. Accès <http://seniorfriendlyhospitals.ca/toolkit/processes-care/functional-decline>
- Vidán Astic, M-T., Sánchez García, E., Alonso Armesto, M., Montero Errasquin, B., Martínez De la Casa, A., Ortiz, F-J. Serra Rexach, J-A. (2008). Deterioro funcional durante la hospitalización en ancianos. Beneficios del ingreso en el servicio de geriatría. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 43(3), 133-138.

7. Annexes

7.1. Annexe I : Lexique

ANOVA : test statistique utilisé afin d'analyser la variance entre les variables. Il sert à déterminer si les variables dépendantes influencent les variables indépendantes (Ramousse, R., Le Berre & M. & Le Guelte, L., 1996).

Evidence Based Nursing : « la pratique basée sur les résultats probants est l'intégration des meilleurs résultats de recherche, avec l'expertise clinique et les valeurs du patient pour faciliter la prise de décision clinique. Cette dernière doit prendre en considération l'état clinique du patient, le milieu clinique et les circonstances cliniques » (DiCenso, Guyatt & Ciliska, 2005). Le niveau de preuve Evidence Based Nursing est gradé de 1 à 4, 1 étant le plus haut niveau.

Enseignement thérapeutique : enseignement qui a comme but premier d'apporter des connaissances au patient, lui permettant alors d'acquérir les compétences nécessaires à la bonne gestion de son état de santé au quotidien (OMS, 1998).

Mann-Whitney U-Test : test statistique servant à comparer la distribution des données dans les deux groupes, afin de déterminer si les groupes initiaux sont égaux ou non (Ramousse, R., Le Berre & M. & Le Guelte, L., 1996).

Physiatre : un médecin spécialiste de l'appareil locomoteur (Larousse, 2016).

TAPUPAS : grille d'analyse critique utilisée pour l'évaluation d'articles. Elle prend en considération sept critères tels que, la transparence, la précision, le but, l'utilité, la propriété, l'accessibilité et la spécificité de l'article analysé (Pawson, Boaz, Grayson, Long & Barnes, 2003).

7.2. Annexe II : Fiches de lecture

Article 1

Killey, B. & Watt, E. (2006). The effect of extra walking on the mobility, independence and exercise self-efficacy of elderly hospital inpatients: A pilot study. *Contemporary Nurse*, 22(1), 120-133. Doi : 10.5172/conu.2006.22.1.120

Démarche descriptive

a) Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

Les auteurs :

- Bruce Killey travaille comme responsable d'unité de soins intensifs du Barwon Health Geelong, Victoria, en Australie.
- Elizabeth Watt est chargée de cours à l'université de La Trobe Austin Clinical School, Australie.

Le nom et le type de revue : **Contemporary Nurse**

Cette revue est publiée six fois par année et a pour but le développement de connaissances en lien avec la posture infirmière. La publication indépendante de cette revue permet d'améliorer les pratiques infirmières autour de sujets différents. Elle publie diverses recherches concernant des problématiques de santé et des enseignements actuels.

Le lieu de l'étude :

Les données concernant le lieu de l'étude ne sont pas suffisamment détaillées. Cette étude a été menée dans des unités de soins aigus d'un hôpital régional.

b) Les objectifs de l'article et le cadre théorique :

Objet de recherche :

Evaluer l'effet de deux marches quotidiennes sur la mobilité, l'indépendance et l'auto-efficacité chez les personnes âgées hospitalisées de plus de 70 ans.

Question de recherche :

Non explicité.

Hypothèse de travail :

Un programme de deux marches quotidiennes améliore la mobilité, augmente l'indépendance et l'auto-efficacité chez les personnes âgées hospitalisées de plus de 70ans (p.124).

Cadre théorique de la recherche :

Les auteurs s'appuient sur la théorie du «Self-efficacy» de Bandura (1997), considérant la croyance en ses capacités comme clé pour l'atteinte d'objectif (p.123).

Principaux concepts et/ou notions utilisés :

L'exercice physique a des bénéfices multi-systémiques chez les personnes âgées (p.121). La marche est définie comme une activité en soi qui, pratiquée régulièrement, contribue à son maintien ainsi qu'à la diminution du risque de chute. La mobilité est définie comme la capacité à se déplacer en sécurité afin de réaliser les activités de la vie quotidienne (p.122). L'infirmier par son intervention d'éducation thérapeutique va influencer l'auto-efficacité (p.123). L'éducation thérapeutique est caractérisée dans cet article par l'encouragement des deux groupes à la marche (p.125).

c) Méthodologie de la recherche

Outils pour la récolte de données :

Les auteurs ont effectué 3 mesures à J0 et à J7 d'hospitalisation : la distance de marche maximum est mesurée pour évaluer la mobilité. Le score de l'échelle Barthel pour les activités de la vie quotidienne évalue l'indépendance. L'auto-efficacité est évaluée à l'aide de la SEE-Scale (p122-123).

Population de l'étude :

La population initiale était de 77 sujets de plus de 70 ans, hospitalisés en soins aigus et nécessitant de l'aide ou de l'assurance à la marche. Les sujets atteints de démence ou d'accident vasculaire cérébral sont exclus. Un groupe d'intervention et un groupe contrôle ont été constitués de façon aléatoire. Les sujets ont été classés par ordre d'admission dans l'étude. Les sujets impairs ont été attribués au groupe contrôle et les sujets pairs au groupe intervention (p.126-127).

Le groupe intervention comprenait initialement 39 personnes. 10 personnes n'ont pas complété l'étude : une personne est décédée, neuf personnes sont retournées à domicile avant la fin de l'étude, puis deux personnes ont été exclues ultérieurement,

car elles avaient effectué moins de 70 % de leurs marches. Finalement, le groupe intervention est constitué de 27 personnes pour l'analyse des données (p.127).

Le groupe contrôle comprenait initialement 38 personnes. 10 personnes n'ont pas complété l'étude : deux personnes sont décédées, sept personnes sont retournées à domicile avant la fin de l'étude, une personne est sortie du programme sur ordre médical. Finalement, le groupe contrôle est constitué de 28 personnes pour l'analyse des données (p.127).

Type d'analyse :

Il s'agit d'une recherche quantitative de type essai clinique randomisé. Les données ont premièrement été traitées à l'aide d'un Test de Student, afin de comparer les scores initiaux des deux groupes. Puis un test ANOVA a été réalisé pour chaque méthode de mesure, afin de déterminer l'influence de l'intervention (p.128-130).

d) Présentation des résultats

Principaux résultats de recherche :

Test de Student:

- | | |
|-----------------|---|
| Mobilité : | dans le groupe contrôle, la distance de marche moyenne est de 32.11m à J0 ($\sigma = 32.83m$) et de 47.86m à J7 ($\sigma = 47.70m$). Dans le groupe intervention la distance de marche moyenne est de 38.64m à J0 ($\sigma = 27.13m$) et de 79.44m à J7 ($\sigma = 58.03m$) (p.129). |
| Indépendance : | dans le groupe contrôle, le score moyen obtenu avec l'échelle de Barthel est de 58,07 à J0 ($\sigma = 27.77$) et de 55,18 à J7 ($\sigma = 31.78$). Dans le groupe intervention, le score moyen obtenu avec l'échelle de Barthel est de 59.19 à J0 ($\sigma = 25.85$) et de 70.81 à J7 ($\sigma = 24.33$) (p.128). |
| Self-efficacy : | dans le groupe contrôle, le score moyen obtenu avec l'échelle SEE-Scale est de 21.00 à J0 ($\sigma = 28.53$) et de 23.32 à J7 ($\sigma = 27.53$). Dans le groupe intervention le score moyen obtenu avec l'échelle SEE-Scale est de 24.07 à J0 ($\sigma = 30.34$) et de 34.89 à J7 ($\sigma = 37.37$) (p.129). |

Anova : afin de déterminer si l'intervention a influencé le résultat, un test Anova a été réalisé par méthode de mesure.

Mobilité : avec un $P=0.039$, la distance de marche varie de façon significative avec l'intervention (p.129).

Indépendance : avec un $P=0.035$, le score de Barthel varie de façon significative avec l'intervention (p.129).

Sel-efficacy : avec un $P=0.575$, le score de la SEE-scale varie de façon non-significative (p.130).

Conclusions générales :

Mobilité : la mobilité est augmentée dans les deux groupes, avec tout de même une amélioration supérieure dans le groupe intervention (T-test). L'intervention est bien la cause de l'amélioration (ANOVA).

Indépendance : l'indépendance diminue dans le groupe contrôle et augmente dans le groupe intervention (T-Test). L'intervention est bien la cause de l'amélioration (ANOVA).

SEE-Scale : Les résultats démontrent une amélioration dans les deux groupes, avec une plus forte amélioration dans le groupe d'intervention (T-Test). Néanmoins, le test ANOVA n'est pas significatif pour l'intervention.

e) Ethique

Cet essai clinique a été approuvé par le comité éthique de la faculté des sciences et celui de l'hôpital participant. Une lettre explicative a été distribuée à chaque participant, demandant un consentement écrit (p.128).

Démarche interprétative :

f) Apports de l'article

Cet article présente une intervention influençant favorablement l'indépendance fonctionnelle et la mobilité de la personne âgée hospitalisée au travers de la marche.

La considération éthique de cet article est une force. Les chercheurs ont pris en compte les interventions menées par les physiothérapeutes dans les différents groupes, afin de les exclure comme potentiel biais de confusion.

Liens avec McGill :

L'éducation thérapeutique abordée dans cette étude permet une mise en lien avec le concept d'apprentissage de comportement de santé positif inhérent au modèle de McGill. Le rôle de promoteur de la santé est, ici, mis en avant. Le modèle de McGill décrit les soins infirmiers comme étant la source principale de santé de la personne-famille. Son rôle est de favoriser l'apprentissage de comportement de santé positif par son implication et donc par la promotion de la santé.

g) Limites

- L'échelle de Barthel peut causer un biais de mesure. Une légère amélioration du score peut être due à une augmentation de la distance de marche, ne reflétant alors pas une réelle augmentation de l'indépendance du patient.
- L'échantillon est potentiellement non significatif, mais est tout de même représentatif.
- La date de la collecte des données n'est pas indiquée.

h) Pistes de réflexion

Les auteurs proposent de réaliser cette étude à plus grande échelle, dans différents hôpitaux et avec un plus grand échantillon. Ils suggèrent également d'évaluer l'effet de deux marches quotidiennes sur la peur de chuter.

Article 2

Kneafsey, R. (2007) A systematic revue of nursing contributions to mobility rehabilitations: examining the quality and content of the evidence. *Journal of Clinical Nursing*, 16(11C), 325-400.

Démarche descriptive

a) Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

L'auteur :

- Rosie Kneafsey est chargée d'enseignement à l'Université de Salford (UK) en soins infirmiers. Elle a participé à de nombreuses recherches au sujet de la mobilité chez la personne âgée.

Le nom et le type de revue : **Journal of Clinical Nursing**

Le Journal of Clinical Nursing est une revue qui a pour but de développer les connaissances dans les différents domaines des soins infirmiers. Il s'adresse aux experts cliniciens, aux chefs d'équipe, aux infirmiers d'unité et également aux étudiants. Elle inclut des articles scientifiques et également des témoignages de patients et de leur famille lors de leur passage dans les lieux de soins. La recherche dans le domaine infirmier est un point central dans cette revue.

Le lieu de l'étude :

Cette revue de la littérature a été effectuée au sein de l'Université de Salford en Angleterre. La durée de la revue n'est pas précisée.

b) Les objectifs de l'article et le cadre théorique :

Objet de recherche :

Passer en revue la littérature, afin de trouver des articles permettant d'examiner la qualité et le contenu des interventions infirmières favorisant la mobilité chez la personne âgée.

Question de recherche :

Quelles sont les approches utilisées par les infirmiers afin de promouvoir la mobilité chez les personnes âgées ?

Hypothèse de travail :

Les infirmiers jouent un rôle en aidant les patients à s'adapter ou à surmonter leurs difficultés. Promouvoir l'indépendance fonctionnelle, la mobilité, les exercices passifs et les techniques pour réduire la spasticité augmente l'indépendance fonctionnelle (p.327).

Cadre théorique de la recherche :

Le cadre théorique n'est pas explicité par l'auteur. Un lien peut tout de même être fait avec le modèle de McGill. En effet, l'auteur met l'accent sur les interventions infirmières permettant de promouvoir la mobilité des personnes âgées et s'impliquer dans la réhabilitation (p.327). Selon le modèle de McGill, les soins infirmier ont pour but le développement de comportements de santé positifs de la personne. Pour atteindre ce but, l'infirmier doit promouvoir la santé tout en générant des conditions d'apprentissage favorable (Paquette-Desjardin & Sauvé, 2008). Le professionnel doit donc s'impliquer de façon active dans le processus de soins.

c) Méthodologie de la recherche

Outils pour la récolte de données :

L'auteur présente aux pages 326 et 327 la méthode PICOT utilisée, ainsi que les différentes équations de recherche qui lui ont servies à effectuer les recherches sur les différentes bases de données.

Les équations de recherche sont explicitées à la page 327 et tous les types d'études ont été inclus dans les résultats de recherche. Les bases de données suivantes ont été passées en revue :

- Medline
- Cinahl
- Amed
- Cochrane database

Grille d'évaluation des articles TAPUPAS permet de réaliser une analyse critique des articles sélectionnés en fonction de différents critères : transparence, précision, approche et méthodologie adaptées, utilité, éthique, accessibilité, spécificité (cf. annexe I).

Suite à la lecture critique des 49 articles retenus, les résultats sont exposés sous forme de grilles de lectures, uniquement pour les articles obtenant un niveau de preuve suffisant (p.332).

Population de l'étude :

La recherche initiale a fournie 3074 articles. La première sélection s'est faite en excluant les citations, excluant ainsi 2926 articles. Les 148 articles restants ont été triés sur la base du titre et du résumé, donnant un total de 49 articles retenus.

Ces 49 articles ont été séparés en deux groupes :

- 16 articles de recherches regroupant : 1 étude randomisée contrôlée, 5 études pré-post tests, 4 études pré-post tests avec groupe contrôle non-équivalent, 3 études rétrospectives, 2 études descriptives, 1 étude interventionnelle (p.329).

Ces articles ont été classés à l'aide de l'outil TAPUPAS : 8 articles ont un niveau de preuve faible, 5 articles ont un niveau de preuve satisfaisant et 3 ont un bon niveau de preuve (p.329).

- 33 articles informationnels : 10 articles ont un niveau de preuve faible, 11 articles ont un niveau de preuve satisfaisant, 12 ont un bon niveau de preuve (p.329).

Type d'analyse :

Il s'agit d'une revue systématique qui retiendra un total de 49 articles dans le but de les analyser.

d) Présentation des résultats

Principaux résultats de recherche :

Finalement, les articles ont été classés en fonction de quatre sujets principaux :

	Art. recherche (N=16)	Art. informationnel (N=33)
Promotion mobilité/ prévention immobilité	N=0	N=17
Marche et exercices	N=6	N=6
Principes du développement neurologique	N=9	N=7
Manutention en réhabilitation	N=1	N=3

Les différents articles mettent en avant l'importance de la promotion de la santé chez la personne âgée et la prévention de l'immobilité. Il est indiqué que la mise en place de programmes spécifiques d'intervention ayant pour but précis d'agir sur la mobilité, ainsi que la mise en place de structures adaptées à cet effet, a des conséquences positives sur la mobilité et l'indépendance de la personne âgée (p.332-334).

Conclusions générales :

En ce qui concerne les infirmiers, plusieurs articles mettent en avant le fait que des connaissances plus importantes dans le domaine de la gériatrie contribuent à améliorer les résultats obtenus en termes de mobilité chez les patients âgés (p.332).

La contribution des infirmiers à la promotion de la mobilité chez la personne âgée est, selon l'auteur, démontrée par les différents résultats des articles sélectionnés (p.338).

e) Ethique

Le sujet de l'éthique n'est pas abordé par l'auteur.

Démarche interprétative :

f) Apports de l'article

Cette revue présente des résultats qui mettent en avant le rôle infirmier en matière de promotion de la mobilité, ainsi que sa participation dans la réhabilitation du patient.

Liens avec McGill :

Le rôle de promoteur de la santé est ici mis en avant. Le modèle de McGill décrit les soins infirmiers comme étant la source principale de santé de la personne-famille. Son rôle est de favoriser l'apprentissage de comportement de santé positif par son implication et donc par la promotion de la santé.

g) Limites

La sélection des articles est effectuée en excluant la littérature grise et en ne prenant en considération que les articles accessibles gratuitement sur les différentes bases de données. La sélection des articles est effectuée sans filtre pour la date de parution.

La discussion a été construite autour des articles ayant obtenu un niveau de preuve satisfaisant ou bon, mais toutes les grilles d'analyse de ces articles ne sont pas à disposition.

h) Pistes de réflexion

L'auteur propose de mener des études visant à améliorer la communication entre infirmiers et physiothérapeutes afin de favoriser le travail interdisciplinaire et ainsi permettre aux infirmiers d'élargir leurs connaissances et interventions en lien avec la mobilité chez la personne âgée (p.338).

Article 3

Kneafsey, R., Clifford, C., Greenfield, S. (2013). What is the nursing team involvement in maintaining and promoting the mobility of older adults in hospital? A grounded theory. *International Journal of Nursing Studies*, 50(12), 1617-1629.

Démarche descriptive

a) Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

Les auteurs :

- Rosie Kneafsey est chargée d'enseignement à l'Université de Salford (UK) en soins infirmiers. Elle a participé à de nombreuses recherches au sujet de la mobilité chez la personne âgée.
- Collette Clifford est professeur de soins infirmiers à l'université de Birmingham en Angleterre.
- Sheila Greenfield est professeur de Sociologie médicale à l'université de Birmingham. La recherche est une de ses tâches principales et elle est spécialisée en études qualitatives avec méthodes mixtes.

Le nom et le type de revue : **International Journal of nursing studies**

Ce Journal a pour but de développer les connaissances dans les différents domaines des soins infirmiers et des autres champs d'activités de la santé. Il n'inclut que des articles avec un niveau de preuve et une qualité d'étude importante. Les sujets principaux sont les situations de soins complexes et les articles avec une rigueur méthodologique importante. Cela est également un moyen pour ce journal de faire progresser la qualité de la recherche.

Le lieu de l'étude :

Cette étude a été réalisée dans trois services différents et au sein de trois hôpitaux différents en Angleterre, entre 2007 et 2009 (p.1620).

b) Les objectifs de l'article et le cadre théorique :

Objet de recherche :

Comprendre l'implication de l'équipe infirmière dans le maintien ou l'amélioration de la mobilité fonctionnelle chez la personne âgée hospitalisée en réhabilitation.

Question de recherche :

Non explicitée.

Hypothèse de travail :

Non explicitée.

Cadre théorique de la recherche :

L'élaboration de la théorie sera effectuée selon le modèle de Strauss et Corbin (1998), concernant la méthodologie à adopter pour une étude qualitative.

c) Méthodologie de la recherche

Outils pour la récolte de données :

Les auteurs ont effectué 39 entretiens individuels semi-directifs d'une durée comprise entre 30 et 60 minutes. Ces entretiens ont été enregistrés puis retranscrits. Les termes de ces entretiens sont clairement explicités par les auteurs en page 1619. En plus des entretiens, une observation passive sur le terrain a été mise en place avec une durée totale de 61 heures. Les items observés sont fournis en annexes de l'article avec les différents résultats de chaque item.

Population de l'étude :

La population ciblée dans le cadre de cette recherche est le personnel soignant. Il s'agit d'infirmiers (n= 21), aides-soignants (n= 12), physiothérapeutes (n= 4), ergothérapeutes (n= 1) et formateurs en manutention (n=1). Les différents soignants ont été sélectionnés en fonction du nombre d'années d'expérience ainsi que le nombre d'années dans le service en question (p.1619).

Type d'analyse :

L'étude est qualitative avec comme méthodes de mesure des entretiens de type semi-directif et une observation passive menée sur le terrain (p.1619).

d) Présentation des résultats

Principaux résultats de recherche :

Sécurité : suite à l'analyse des 39 entretiens menés au cours de cette étude et également grâce à l'observation passive mise en place, les résultats principaux sont explicités dans l'article. L'analyse des différentes données permet de mettre en avant

le fait que l'infirmier a une vision du patient axée principalement sur la sécurité de ce dernier. Dans cette approche, la mobilité est pour l'infirmier un moyen d'éviter des complications comme les escarres plutôt que la perte d'indépendance fonctionnelle. De ce fait, les interventions infirmières sur la mobilité se limitent à la toilette, les transferts nécessaires et d'autres activités sans réel but de réhabilitation (p.1623).

Interprofessionnalité : en cas de difficultés de mobilisation chez un patient, les infirmiers ont tendance à déléguer la mobilisation aux physiothérapeutes, participant ainsi de manière moins active à la réhabilitation. De son côté, le physiothérapeute doit effectuer un bilan fonctionnel à l'entrée du patient et élaborer un plan de réhabilitation. Il doit ensuite tenir informé l'équipe infirmière afin de faciliter son implication dans la réhabilitation du patient et la prise d'initiative. Cela n'est que rarement fait et la communication entre les deux corps de métier reste pauvre (p.1624). Les aides-soignants, quant à eux sont les plus présents auprès du patient et prennent plus d'initiative en lien avec la mobilisation. Malheureusement, ceux-ci participent rarement aux colloques consacrés à la mobilité du patient, ou ne transmettent pas leurs observations à l'équipe (p.1624).

Politique de l'établissement : les conditions de travail sont mises en avant par l'équipe infirmière, qui pointe du doigt un manque de temps qui ne lui permet pas de s'impliquer réellement dans le programme de réhabilitation, car les soins techniques doivent être priorités. Il a été observé qu'avec une contrainte horaire moins importante, l'infirmier prends plus d'initiatives et va prendre le rôle de leader dans le programme de réhabilitation du patient (p.1625). Finalement, la politique des établissements va également limiter les interventions infirmières, car celle-ci met l'accent sur la sécurité du patient et des employés (p.1626).

Conclusions générales :

L'infirmier n'est pas suffisamment impliqué dans le programme de réhabilitation des patients, et la mauvaise communication interdisciplinaire est une des causes principales (p.1627).

e) Ethique

Le sujet de l'éthique est abordé dans l'article. L'origine des fonds qui ont permis de mener cette étude est clairement explicitée. Selon l'auteur, il n'y a pas de conflit éthique dans cette étude et l'approbation du UK multi-centre Research Ethics Committee a été obtenue. Nous pouvons observer en lisant la bibliographie de l'article que l'auteur se sert d'articles qu'il a publié par le passé comme références dans ce travail (p.1621).

Démarche interprétative :

f) Apports de l'article

Cet article permet de mettre en avant les raisons pour lesquelles l'équipe infirmière ne s'implique pas davantage dans le programme de réhabilitation des patients.

Cet article soulève le fait que l'infirmier a une vision centrée sur la sécurité du patient, entravant ainsi le rôle de promoteur de la mobilité. Il est possible de faire un lien avec le méta-concept des soins infirmiers selon McGill, où le travail infirmier doit s'appuyer sur les ressources de la personne et non sur ses déficiences (Paquette-Desjardin & Sauvé, 2008).

g) Limites

Le nombre d'observateurs passifs n'est pas explicité et les résultats ne sont pas relatés par des chiffres exploitables. Le nombre d'année d'expérience requis pour participer à l'étude n'est pas explicité.

Selon l'auteur, l'interprétation offerte dans cet article n'est qu'une parmi d'autres qui pourraient être effectuées.

Cette étude étant qualitative, elle ne permet pas la généralisation des résultats à l'ensemble de la population, mais elle permet de mettre en lumière les mécanismes entravant l'implication infirmière en réhabilitation.

h) Pistes de réflexion

L'auteur ne propose pas de recommandations dans cet article.

Article 4

Suan, F., Norman, I.J., While, A. (2011). The relationship between physicians' and nurses' personal physical activity habits and their health promotion practice. *Health Education Journal*, 72(1), 102-119.

Démarche descriptive

a) Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

Les auteurs :

- Sun Fie est un chercheur issu de la Second Military Medical School of Nursing en Chine.
- Ian J. Norman est professeur en santé mentale au King's College of London depuis 1997. Il est actuellement le doyen de la faculté de soins infirmiers de l'école Florence Nightingale.
- Alison E. While est actuellement professeur honoraire au King's College of London. Elle est spécialisée dans le domaine des soins infirmiers aux enfants et adolescents.

Le nom et le type de revue : **Health Education Journal**

Il s'agit d'un journal publié six fois par année. Les articles sont soumis à un comité de lecture avant la publication. Les articles sélectionnés traitent de sujets tels que la promotion de la santé, l'éducation à la santé et la recherche afin de développer des pratiques et politiques de santé avec des perspectives internationales. Ce journal fait partie du Committee on Publication Ethics (COPE).

Le lieu de l'étude :

Il s'agit d'une collaboration entre les universités de King's College of London, Florence Nightingale School of Nursing et de la Second Military Medicine School of Nursing of China. Les articles ont été sélectionnés et analysés durant le mois de mars 2011.

b) Les objectifs de l'article et le cadre théorique :

Objet de recherche :

Examiner la littérature concernant la relation entre l'activité physique des médecins et infirmiers et leur pratique de la promotion de l'activité physique depuis 1997 (p.103).

Question de recherche :

Non explicitée.

Hypothèse de travail :

Les habitudes de vie des professionnels de santé influencent la pratique et la tendance à chercher à améliorer les problèmes de santé des patients. Les infirmiers et médecins ayant de bonnes habitudes de vie sont plus à même d'encourager ces mêmes comportements chez les patients (p.103).

Cadre théorique de la recherche :

Le cadre théorique n'est pas explicité dans l'article.

c) Méthodologie de la recherche

Outils pour la récolte de données :

La méthode de sélection des articles dans le cadre de cette revue systématique est explicitée dans l'article. Les bases de données suivantes ont été utilisées :

- Medline
- Cinahl
- Embase
- Cochrane library
- PubMed
- PsychINFO
- British Nursing Index
- Diverses bases de données chinoises

Les mots clés et les équations de recherche utilisés pour la recherche d'article sont détaillés en page 103 et sont pertinents. Deux personnes se sont chargées de sélectionner les articles. La qualité des articles a été évaluée à l'aide de la Strobe Checklist.

Population de l'étude :

Un diagramme de flux est présenté en page 104. Initialement, 2065 articles ont été trouvés sur les bases de données. 671 articles ont été exclus car ils étaient présents à double dans deux bases de données. 1346 articles ont été exclus après la lecture des titres et résumés. 38 articles ont été exclus après lecture complète des articles. Trois articles ont été retenus à la suite de la lecture des références des articles sélectionnés.

Un total de 13 articles a été retenu pour l'analyse. Cette sélection est composée de 12 études qualitatives et une étude quantitative. Les critères de sélection étaient des articles originaux en chinois ou en anglais parus depuis 1997. Les critères d'exclusions étaient le titre, le résumé, la littérature grise et les articles non publiés (p.103-104).

Type d'analyse :

Il s'agit d'une revue systématique.

d) Présentation des résultats

Principaux résultats de recherche :

- Dans les 13 articles sélectionnés, 9 articles concernaient uniquement les médecins, 2 articles concernaient les infirmiers et, finalement, 2 autres articles considéraient les infirmiers et les médecins (p.112).
- 10 parmi les 13 articles sélectionnés démontrent une corrélation positive entre l'activité physique du professionnel et sa promotion de l'activité (p.105-115).
- 1 étude avance la vision positive des infirmiers sur l'importance de la promotion de la santé, mais le retour des patients est qu'ils ne reçoivent pas de conseil des infirmiers (p.113).
- 1 étude expose que les médecins et les infirmiers ont une vision positive de l'activité physique et que la promotion est plus importante chez les infirmiers que chez les médecins (p.112).

Conclusions générales :

Le lien entre activité physique et promotion de la santé chez le soignant est avéré dans la majorité des articles. L'infirmier se sent responsable de promouvoir la santé auprès des patients, indépendamment du sexe.

e) Ethique

Le sujet de l'éthique n'est pas abordé dans l'article.

Démarche interprétative :

f) Apports de l'article

Cette revue met donc en évidence un lien entre l'activité physique des soignants et leur pratique.

Lien avec McGill :

Selon le premier postulat de McGill, « la santé d'une nation est sa ressource la plus importante » (Paquette-Desjardins & Sauvé, 2008, p.20). De plus, cet article met en évidence le lien entre l'apprentissage de comportement de santé positif chez les soignants et son impact bénéfique sur leur promotion de la santé.

g) Limites

Selon les auteurs, le nombre restreint d'articles et la faible qualité de certains peuvent être source de biais.

La méthode de sélection des articles est détaillée et la littérature grise est exclue.

h) Pistes de réflexion

Les auteurs proposent de développer d'autres études sur cette thématique, avec une méthodologie rigoureuse et un haut niveau de preuve. De plus, les auteurs suggèrent le développement d'échelle facilitant la mesure de ce lien.

Article 5

Doherty-King, B., Bowers, B. (2011). How nurses decide to ambulate hospitalized older adults: Development of a conceptual model. *Gerontologist*, 51(6), 786-797.

Démarche descriptive

a) Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

Les auteurs :

- Barbara Doherty-King est professeur assistant en soins infirmiers à l'université du Wisconsin. Elle est centrée sur la recherche et les domaines principaux de ses études concernent la prise en soins des personnes âgées, avec une attention particulière au maintien de la marche indépendante et leur accompagnement en maison de soins.
- Barbara Bowers a un doctorat en Sociologie et un master en Soins Infirmiers. Elle est actuellement doyenne de la section de recherche, à l'université School of Nursing, Wisconsin-Madison.

Le nom et le type de revue : **The Gerontologist**

Ce Journal bimensuel apporte une vision pluridisciplinaire de la personne âgée au travers de ses publications concernant uniquement les recherches et analyses en gérontologie. Les articles qui sont publiés traitent de la sphère médicale, sociale et également des services concernant les personnes âgées.

Le lieu de l'étude :

Cette étude s'est déroulée entre 2007 et 2009 dans deux hôpitaux régionaux du sud du Wisconsin, dans des unités de chirurgie et de médecine de chaque hôpital (p.787).

b) Les objectifs de l'article et le cadre théorique :

Objet de recherche :

Comprendre le processus décisionnel de l'infirmier pour mobiliser ou non une personne âgée hospitalisée.

Question de recherche :

Non explicitée.

Hypothèse de travail :

Mettre en lien la compréhension de l'infirmier au sujet de la marche et la prise de décision de mobiliser ou non un patient (p.787)

Cadre théorique de la recherche :

L'élaboration de la théorie suit la méthode de Grounded Dimensional Analysis publiée par Bowers et Shatzman en 2009 (p.787).

c) Méthodologie de la recherche

Outils pour la récolte de données :

Les données ont été récoltées par le biais d'entretiens effectués en trois étapes distinctes. Il s'agissait dans un premier temps d'entretiens non directifs, puis des entretiens semi-directifs et finalement des entretiens directifs. La sélection de chaque groupe est différente et explicitée dans l'article (p.788-789)

Population de l'étude :

La population ciblée dans le cadre de cette recherche est le personnel soignant. Un total de 25 infirmiers a été recruté pour l'étude. Ils ont été sélectionnés selon leur unité et l'âge des patients pris en soins devait être supérieur à 65 ans.

Type d'analyse :

Il s'agit d'une étude qualitative avec comme méthodes de mesure trois entretiens de type non directif, semi directif puis directifs.

d) Présentation des résultats

Principaux résultats de recherche :

Suite à l'analyse des entretiens menés dans les trois phases de cette étude, les résultats suivants sont explicités dans l'article.

Lors de la première phase de l'étude, tous les infirmiers ayant été interviewés ont identifiés la mobilisation des personnes âgées comme étant très importante dans la prise en soins. Tous ont également identifiés la marche comme une composante parmi d'autres de la mobilité.

Lors de la deuxième phase des entretiens, les infirmiers ont décrits trois principaux types de mobilisation qui étaient pour eux visibles dans les interventions :

- La mobilisation au lit
- Les transferts au fauteuil
- La marche

Lors de la troisième phase, l'objectif était de déterminer ce qui allait influencer la décision de l'infirmier de mobiliser ou non le patient. Quatre critères principaux sont ressortis :

- Evaluation des risques, bénéfices et de la sécurité pour le patient, ainsi que l'implication de la famille dans la prise en soins.
- Le risque de blessure avec la taille, le poids et l'état cognitif du patient
- L'expérience personnelle de l'infirmier et sa confiance en ses connaissances et aptitudes.
- Les ressources matérielles adaptées à disposition du personnel et la politique de l'établissement.

Conclusions générales :

Le processus décisionnel de l'infirmier prend en considération de nombreux facteurs qui vont l'influencer lors de la prise d'initiative de mobiliser le patient.

e) Ethique

Le sujet de l'éthique n'est pas abordé dans l'article.

Démarche interprétative :

f) Apports de l'article

Cet article permet de mettre en lumière les facteurs qui influencent les décisions de l'infirmier au sujet de la mobilisation d'une personne âgée hospitalisée.

Lien possible avec McGill :

L'implication de la famille dans le processus de soins est un critère influençant favorablement la décision de mobiliser la personne âgée. En effet, selon McGill, l'infirmier et la personne famille s'inscrivent dans une relation de partenariat doivent œuvrer conjointement afin d'atteindre les objectifs de soins (Gottlieb & Feeley, 2006).

g) Limites

La répartition des observateurs n'est pas spécifiée. Des biais de sélections peuvent survenir en phase deux, car la sélection repose uniquement sur le jugement de l'infirmier responsable d'unité. L'étude ne se base que sur des interviews et ne propose pas d'observation sur le terrain.

Cette étude étant qualitative, elle ne permet pas la généralisation des résultats à l'ensemble de la population, mais elle permet de mettre en lumière les processus décisionnels infirmiers.

h) Pistes de réflexion

Les auteurs proposent des pistes de réflexion en lien avec les différents résultats de l'article. Si l'expérience et la confiance en soi influencent la décision de l'infirmier, est-ce que la mise en place de formations complémentaires et de spécialisations dans les services concernés ne pousserait-elle pas le personnel soignant à plus mobiliser les patients ? Et concernant la politique, des établissements, il est suggéré que la mise en avant de façon explicite de la mobilité chez les patients pousserait l'infirmier à augmenter la promotion de la mobilité chez les patients.

Article 6

Maeshima S., Ueyoshi A., Osawa, A., Ishida, K., Kunimoto, K., Shimamoto, Y., Matsumoto, T., Yoshida, M. (2003). Mobility and Muscle Strength contralateral to Hemiplegia from Stroke, benefit from Self-training with Family Support. *American Journal of Physical and Rehabilitation*, 82(6), 456-462. Doi : 10.1097/01.PHM.0000069195.87219.EO

Démarche descriptive

a) Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

Les auteurs :

- Maeshima Shinichiro est Médecin-Professeur du département de médecine et réhabilitation du Centre Médical Universitaire International de Saitama, au Japon. Il est spécialisé en réhabilitation post Accident Vasculaire Cérébral (AVC) et travaille, plus particulièrement, sur les fonctions cognitives et les troubles de la déglutition. Le Professeur Maeshima est très actif dans le milieu de la recherche et a publié de nombreux articles en lien avec la réhabilitation.
- Ueyoshi Akitaka est Médecin-Professeur au sein du département de chirurgie orthopédique de l'Université Médical de Wakayama, au Japon.
- Osawa Aiko est Médecin au sein du département de médecine et de réhabilitation du Centre Médical Universitaire International de Saitama, au Japon.
- Ishida Kazuya, est Médecin-Assistant du Professeur Maeshima, du département de médecine et réhabilitation du Centre Médical Universitaire International de Saitama, au Japon.
- Kunimoto Ken est Médecin au sein du département de néphrologie et dialyse de l'Université Médical de Wakayama, au Japon.
- Shimamoto Yukiko est Médecin au sein de la Clinique de Radiologie de Wakayama-South, au Japon.
- Matsumoto Tomoko est Médecin au sein du département de réhabilitation de l'Hôpital Rosai de Wakayama, au Japon.

- Yoshida Munehito, est médecin et Professeur au sein du département de chirurgie orthopédique de l'Université Médical de Wakayama, au Japon.

Le nom et le type de revue : **American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation**

Ce journal est axé sur la recherche et l'éducation thérapeutique dans le domaine de la réhabilitation. Le but est d'apporter des connaissances permettant de développer la pratique de la réhabilitation. Ce journal est publié mensuellement.

Le lieu de l'étude :

L'étude est réalisée dans un service de médecine et réhabilitation à l'Hôpital Universitaire de Wakayama, au Japon.

b) Les objectifs de l'article et le cadre théorique :

Objet de recherche :

Investiguer l'influence de l'implication familiale sur le développement de la force musculaire de la jambe saine et la mobilité, chez des patients ayant eu un accident vasculaire cérébral récent (AVC) (p.456).

Question de recherche :

Déterminer si l'exercice du patient avec le soutien des membres de la famille maximise la mobilité et améliore la force musculaire du membre inférieur sain après un AVC (p.457).

Hypothèse de travail :

Non explicitée.

Cadre théorique de la recherche :

Le cadre théorique n'est pas explicité de manière claire, mais il est possible de relever la présence d'une approche incluant la systémique familiale dans cette étude.

c) Méthodologie de la recherche

Outils pour la récolte de données :

Mesures à J0 de la réhabilitation puis à J7 et à J14 :

- La mobilité est mesurée avec le score de la Rivermead Mobility Index (p.459).

- La force musculaire de la jambe saine est mesurée avec un instrument isocinétique spécifique : Biodex système 3, Shirley, NY.

La force est mesurée en %N/Kg

Deux mesures ont été réalisées : La flexion et l'extension sont mesurées à 60°/sec, puis à 180°/sec (p.459).

Population de l'étude : (p.457)

- Nombre : 60 personnes hospitalisées en raison d'un AVC récent avec hémiparésie.
- Age : 44-85 ans
- 34 hommes et 26 femmes
- 23 personnes avec un AVC hémorragique et 37 avec un AVC ischémique
- 42 lésions se sont produites à droite et 18 à gauche
- Score de Bunnstrom évalue le niveau de parésie : 14 patients à niveau 1, 30 au niveau 2, 16 au niveau 3
- 2 groupes sont composés sur la base du volontariat :
 - groupe intervention N=42, avec participation de la famille dans la rééducation (9 maris, 23 femmes, 6 filles, 2 fils, 1 sœur)
 - groupe contrôle N=18, avec programme d'exercice conventionnel

(15min de physiothérapie, 5 fois par semaines, lorsqu'ils sont capables de se déplacer seul, les patients ont accès à la salle de gymnastique → 40min 5 fois par semaines)
- Intervention :
 - Constitué sur la base du volontariat : au moins un membre de la famille souhaitant participer
 - Formation pratique, avec le patient et la famille, de 40 minutes tous les matins avec le physiatre et les internes, 1 médecin pour 4 participants

Type d'analyse :

Il s'agit d'une étude quantitative de type interventionnelle.

Test statistique (p.458) :

- Mann-Whitney U Test → comparer la distribution des données dans les deux groupes
- X^2 → comparer l'homogénéité de deux groupes
- ANOVA → analyser les variances liées à l'intervention

d) Présentation des résultats

Principaux résultats de recherche :

Force : mesurée en %/N/Kg

Tableau résultats : Force musculaire mesurée en %/N/Kg à J0 (p.458).				
			Groupe intervention	Groupe Contrôle
J0	60°/sec	extension moyenne	= 48.6% +/- 28.3%	= 59.9% +/- 28.6%
		flexion moyenne	= 49.2% +/- 26.1%	= 51.0% +/- 24.8%
	180°/sec	extension moyenne	= 43.4% +/- 18.6%	= 47.6% +/- 27.4%
		flexion moyenne	= 31.6% +/- 17.2%	= 37.6% +/- 20.1%

Les résultats concernant J7 et J14, sont visibles à la Figure 2 p.460, sous forme de graphique : la participation de la famille et le développement de la force musculaire ont un lien significatif avec un $P < 0.005$ pour une Flexion de 60°/sec et un $P < 0.05$ pour une flexion à 180°/sec (p.459). Concernant l'extension, les résultats sont non significatifs, mais il est possible de tout de même observer une augmentation plus importante de la force dans le groupe intervention.

Mobilité : score Rivermead Mobility Index

La Figure 3, p.460, présente les résultats sous forme graphique :

- À J0 : les résultats ne diffèrent pas.
- À J7 : le graphique montre une amélioration plus importante du Rivermead Mobility Index (RMI) dans le groupe intervention.

- À J14 : le graphique montre une amélioration plus importante du Rivermead Mobility Index (RMI) dans le groupe intervention.

L'analyse de variance montre une significativité ($P=0.0001$) entre l'amélioration du score du Rivermead Mobility index et l'implication de la famille.

Capacité à marcher et force musculaire :

Les chercheurs ont ensuite observé le lien entre la capacité à marcher et la force musculaire après 2 semaines. La force est mesurée en %N/Kg (p.459).

Tableau résultats : capacité à marcher et force musculaire				
	Groupe pouvant marcher		Groupe ne pouvant pas marcher	
	Extension moyenne	Flexion moyenne	Extension moyenne	Flexion moyenne
60° /sec	= 84.4% +/- 53.6%	= 101.8% +/- 26.8%	= 59.8% +/- 28.4%	= 68.9% +/- 34.9%
180° /sec	= 65.6% +/- 32.1%	= 40.8% +/- 20.5%	= 47.7% +/- 18.6%	=40.8% +/- 20.5%

Durée d'hospitalisation et retour à domicile :

Les chercheurs ont également tenté d'objectiver une différence de durée d'hospitalisation et de retour à domicile (RAD) entre les deux groupes.

Tableau résultats : différence durée d'hospitalisation			
	Groupe intervention	Groupe contrôle	Résultats
Durée d'hospitalisation moyenne (j.)	35.9j. +/- 11.9j.	37.1j. +/- 14.3j.	Non significatif

Tableau résultats : RAD/Transfert		
	Groupe Intervention	Groupe Contrôle
RAD	31/42 patients	3/18 patients
Transféré	11/42 patients	15/18 patients

Conclusions générales :

La participation de la famille aux exercices de réhabilitation influence positivement la force musculaire et la mobilité des patients observés (p.459).

La force de la jambe saine semble être un déterminant majeur de la marche chez le patient, car seul ceux avec les scores les plus élevés sont capables de marcher de façon indépendante (p.459).

La durée d'hospitalisation n'est pas significativement diminuée, mais reste inférieure dans le groupe intervention (p.460).

e) Ethique :

L'éthique n'est pas abordée dans cet article.

Démarche interprétative :

f) Apports de l'article

Cet article permet de mettre en avant l'effet positif de l'implication de la famille dans le processus de soin et la réhabilitation du patient grâce à des analyses statistiques pertinentes concernant les objectifs initiaux de la recherche.

Les tests et analyses statistiques sont pertinents et les outils de mesures sont adaptés et reconnues pour la force et la mobilité.

Lien avec McGill :

Approche systémique familiale mise en avant dans cet article, grâce à la participation active des différents membres de la famille des patients dans le processus de soins.

g) Limites

La complexité et la présentation des résultats rendent cette étude difficile à exploiter au premier abord.

Certaines analyses ne font pas parties des objectifs de la recherche initiale, néanmoins elles restent pertinentes :

- Lien marche/force musculaire : il y a trop peu d'informations sur les caractéristiques des deux groupes et aucun test statistique n'est donné pour vérifier la répartition des groupes.
- Lien durée d'hospitalisation, retour à domicile (RAD), transfert : trop peu d'informations fournies pour que les données soient utilisables.
- La répartition dans les groupes, capable de marcher et incapable de marcher, selon l'échelle de Bunnstrom n'est pas analysée et pourrait constituer un biais d'échantillonnage.

Les dates de commencement et de fin de l'étude ne sont pas mentionnées.

h) Pistes de réflexion

Cette étude introduit l'idée d'impliquer davantage la famille pour permettre de pallier au manque de temps du professionnel, afin d'améliorer la récupération du patient.